



**PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE:
A EXPERIÊNCIA DO GRUPO EDUCATIVO
PARA USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL –
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSAD) DE GRAVATAÍ/RS.**

Nátali Carina Dolvitsch Pfluck

Monografia de Especialização

Porto Alegre/RS, 2011

**PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE:
A EXPERIÊNCIA DO GRUPO EDUCATIVO
PARA USUÁRIOS DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL –
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSAD) DE GRAVATAÍ/RS.**

Nátali Carina Dolvitsch Pfluck

Monografia apresentada como exigência parcial para obtenção do Grau de Especialista em Psicologia Clínica – Ênfase Saúde Comunitária – sob orientação da Prof. Dr. Fernanda Torres de Carvalho

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Março, 2011.

Dedico este trabalho a todos que acreditam na possibilidade de transformação e mudança social baseada em ações de sujeitos de poder. Ações que surgem espontaneamente através do investimento em educação, seja ela na ênfase que for.

AGRADECIMENTOS

À professora orientadora, Dra. Fernanda Torres de Carvalho pela compreensão das dificuldades surgidas ao longo do processo de construção deste trabalho e pelo incentivo em superá-los de maneira realista e produtiva.

Aos meus pais pelo apoio e motivação que permitiram concluir com agradável satisfação esta especialização; e pelo enraizamento da crença no poder da Educação.

À Prefeitura do Município de Gravataí pela disponibilidade institucional que favoreceu a realização deste curso para complemento da qualificação profissional.

E aos colegas do CAPSad pelo estímulo ao estudo e capacitação profissional, que é compreendida como investimento e qualificação pessoal e para a equipe. E por compartilhar os momentos de angústia e alegria que fizeram parte da construção do saber.

Conhecer é tarefa de sujeitos, não de objetos. E é como sujeito e somente enquanto sujeito, que o homem pode realmente conhecer.

Paulo Freire

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	7
LISTA DE TABELAS	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
CAPÍTULO I.....	11
INTRODUÇÃO.....	11
1. Da Promoção em Saúde ao Empowerment: Conceitos e Perspectivas	11
2. Contextualizando o Estudo	13
2.1 O Sistema de Saúde Único do Brasil - SUS	14
2.2 Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS	15
2.3 O CAPSad de Gravataí/RS e o Grupo Educativo	17
3. Justificativa e Objetivos do Estudo.....	17
CAPÍTULO II	
RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	19
1. O Grupo Educativo	19
2. Programa de estudo	19
3. Material de apoio	21
4. O Questionário de Avaliação.....	22
5. Critérios de inclusão e exclusão:.....	22
6. Atividade externa	23
7. Descrição de atividades	24
7.1 Relato de encontro da Edição 2009	24
CAPÍTULO II	
DISCUSSÃO.....	26
1. Estruturação e desenvolvimento do Grupo Educativo	26

2. Produtos e encaminhamentos do grupo.....	27
CAPÍTULO II	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	31
ANEXOS	33
ANEXO A – Estruturação do Grupo Educativo	34
ANEXO B – Folheto de Apresentação Inicial	36
ANEXO C – Folheto: Drogas Psicotrópicas e Dependência Química.....	37
ANEXO D – Folheto: Álcool, maconha, solventes e tabagismo	38
ANEXO E – Folheto: Cocaína e Crack, Êxtase e outras drogas.....	40
ANEXO F – Folheto: Diabetes, Hipertensão, Hepatite	42
ANEXO G – Folheto: HIV, DST.	44
ANEXO H – Folheto: Qualidade de Vida	46
ANEXO I – Folheto: Medicações usadas no tratamento da	47
Dependência Química.....	47
ANEXO J – Folheto: SUS e CAPS	49
ANEXO L – Atividades.....	51
ANEXO M – Avaliações do Grupo Educativo	52

LISTA DE ABREVIATURAS

ASSUSCAPSad: Associação dos Usuários do CAPSad de Gravataí	29
BVS: Biblioteca Virtual da Saúde	19
CAPS: Centro de Atenção Psicossocial	15
CAPSad: Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas.....	12
DSTs: Doenças Sexualmente Transmissíveis.....	26
ESF: Estratégia de Saúde da Família	13
HIV: <i>Humam immunodeficiency vírus</i> (Vírus da Imunodeficiência humana).....	21
RD: Redução de Danos.....	16
SPAs: Substâncias Psicoativas.....	23
SUS: Sistema Único de Saúde	13
TR: Técnico de Referência	18
UBS: Unidade Básica de Saúde	32

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.....	21
---------------	----

RESUMO

As práticas educativas em saúde são consideradas como recursos de transformação social, desde que implicadas para a participação e controle social promovendo a autonomia e independência dos sujeitos envolvidos no processo. Desta forma, delineou-se esse relato de experiência, que tem como objetivo apresentar o Grupo Educativo do CAPSad do município de Gravataí/RS buscando compreendê-lo como prática educativa para promoção da saúde e empoderamento dos seus envolvidos. O Grupo Educativo é um grupo estruturado, fechado, que visa educação em saúde. É composto por 12 encontros, onde são abordados e estudados temas diferentes de saúde e destina-se aos usuários de substâncias psicoativas em atendimento no CAPSad. O tema é atual, com grande potencial de estudo e conveniente às tendências de produção em saúde no Brasil e no mundo. Pode-se concluir que o Grupo Educativo exerce importante papel como promotor do pensar crítico dos participantes sobre o contexto no qual estão inseridos.

Palavras – chave: Educação em saúde; práticas educativas em saúde; promoção da saúde; empoderamento, dependência química.

ABSTRACT

The health education is considered as resource for social transformation, since it involves the participation and social control, promoting autonomy and independence of persons involved in the process. Thus we developed this experience report, which aimed to present the Educative Group of CAPSad from Gravataí / RS to understand it as an educational practice to promote health and empowerment of its participants. The Educative Group is a structured group, which aims health education. It comprises 12 meetings, where various different health subjects are discussed and studied and is intended for users of psychoactive substances treated in CAPSad. The theme is current, with great potential for study and connected to production trends in health in Brazil and worldwide. It can be concluded that the Educative Group has an important role as promoter of the participants critical thoughts about the context in which they belong.

Key words: Health education, educational practices in health; health promotion, empowerment, drug addiction.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

O processo de saúde/doença é permeado por diversos fatores que influenciam direta e indiretamente a qualidade de vida dos indivíduos. Neste processo, a Educação é fator essencial para aprimorar o conhecimento e o cuidado das pessoas para consigo e para com os outros em sociedade. Assim, integrar dois conceitos como saúde e educação, aparentemente distantes entre si, se torna prioritário e conveniente às ações de saúde da atualidade, da promoção da saúde ao *empowerment* dos indivíduos e da comunidade.

O Grupo Educativo, além da perspectiva de complementar o serviço do Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad) de Gravataí, busca ser uma prática real de educação em saúde para potencialização da capacidade do cuidado da saúde pelos seus usuários e da multiplicação e integração de saberes. O presente estudo visa investigar as contribuições das práticas educativas em saúde no Grupo Educativo. Para tanto, alguns conceitos e aspectos serão apresentados para melhor entendimento do panorama atual das práticas educativas em saúde.

1. Da Promoção em Saúde ao Empowerment: Conceitos e Perspectivas

Promoção de saúde é compreendida sob a perspectiva de oferecer à população as informações necessárias para que se possibilite a melhora dos cuidados em saúde pelos próprios indivíduos, melhorando conseqüentemente a qualidade de vida. Várias pesquisas e estudos buscam conceituar, identificar e promover esse processo nas práticas cotidianas pelo mundo inteiro, objetivando a integração de saberes e áreas de conhecimento, bem como estabelecendo diretrizes para propagação e prática desde conceito (Carta de Ottawa, 1986). A promoção de saúde pode se dar nas diversas esferas das relações humanas, desde o individual até o coletivo. Alguns autores voltam-se ao âmbito comunitário caracterizando a promoção de saúde como processo de capacitação para melhora da qualidade de vida e saúde e maior controle nesse processo pela própria comunidade (Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira & Barroso, 2007).

Para que se promova a saúde, algumas abordagens têm sido concebidas e estudadas, entre elas a Educação em Saúde. Como refere Machado et al. (2007), a educação em saúde está diretamente ligada ao conceito de promoção da saúde, principalmente por considerar a participação da população no cotidiano da vida e sua relação com a saúde. A contextualização da realidade é parte importante desse processo, reforçada constantemente, permitindo dar noção prática junto à população do potencial de mudança em prol da saúde. Outro aspecto requerido pelo processo de educação em saúde é “a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam transformação no quadro da saúde da população” (Machado et al., 2007, p.339).

A educação em saúde é uma estratégia desafiadora por promover a interlocução dos saberes empíricos dos indivíduos e o científico dos profissionais de saúde, muitas vezes conflituosa, mas essencial para transformação da realidade em saúde (Leonello & Oliveira, 2009). Daí a necessidade de se planificar e criar estratégias para práticas educativas em saúde, eficazes e efetivas, direcionadas ao desenvolvimento humano através de seu potencial de aprendizagem e orientadas por “referenciais pedagógicos que promovam a reflexão crítica e participativa do sujeito” (Vila & Vila, 2007, p.4).

Considerando as práticas educativas em saúde como espaço de produção e aplicação de saberes (Vila & Vila, 2007) pode-se ampliar as perspectivas dos programas e serviços de saúde, principalmente os ligados ao Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS), para além do foco sobre a doença visando também à capacidade de reflexão e ação dos sujeitos sobre a sociedade (Carvalho, 2004). Nessa perspectiva, o profissional de saúde passa a ter uma característica social importante e na sua prática profissional contribui para a educação de cidadãos saudáveis, conscientes de seu papel social que podem agir em prol do coletivo sobre o processo de saúde/doença (Carvalho, 2004).

Ao se compreender e incentivar o potencial de articulação dos indivíduos participantes do processo de educação em saúde através de práticas educativas em saúde culmina-se na potencialização da autonomia e emancipação para o cuidar (Machado et al., 2007). Esse processo de redistribuição de poder, chamado *empowerment* é o que surge em tendência para orientar as práticas de saúde atualmente (Carvalho 2004).

O empowerment pode ser definido como uma ação social que promove a participação de pessoas, organizações e comunidades em ganhar controle sobre suas vidas, tanto na comunidade como na sociedade como um todo. [...] programas educacionais contínuos, visando ao empowerment, envolvendo todos os profissionais desse setor de trabalho contribuem para a melhoria da qualidade de vida (Tavolaro, Bicudo, Pelicioni & Oliveira, 2007, p. 308).

O autor Paulo Freire, muito citado em produções científicas que abordam este tema, apresenta a educação como instrumento de libertação dos seres humanos e da sociedade e com grande potencial para a mudança (Freire 1979, 1987). Essa perspectiva de educação converge para o mesmo objetivo da promoção e da educação em saúde, principalmente por estimular o que se conhece hoje como *empowerment education* (Pereira 2003, Carvalho, 2004).

Com base nesses conceitos e perspectivas, presume-se a relevância das práticas educativas em saúde como estratégias a serem adotadas para melhora da qualidade de vida dos indivíduos e comunidades, respaldando a eficácia política e maior justiça social (Carvalho, 2004). O comprometimento dos profissionais envolvidos é parte integrante desse processo, pois se tornam trabalhadores sociais que optam pela mudança de consciência, estrutura social e realidade cotidiana (Freire, 1979).

2. Contextualizando o Estudo

O conceito de saúde adotado atualmente vai além do enfoque na doença e volta-se a uma relação multifatorial que contemple o bem-estar físico, mental e social. As estruturas, modelos e abordagens para intervenções em saúde tem se orientado neste sentido criando uma multiplicidade de atuações pelo mundo. A perspectiva de promoção e educação em saúde encontra-se permeando estas novas tendências de atuação.

No Brasil, o enfoque da saúde pública busca a participação coletiva dos indivíduos para melhoria das condições de vida e, mais recentemente, a implementação de parcerias intersetoriais em ações que criam condições para tal (Souza, Colomé, Costa & Oliveira, 2005). Estes objetivos se mostram claros no processo de reformulação do sistema de saúde, mas, também, são percebidos grandes obstáculos que dificultam o pleno funcionamento desse sistema e a atuação dos profissionais de saúde. O enfrentamento e superação destes desafios

são necessários para que se possa atingir “o objetivo de desenvolver um trabalho diferenciado e que promova o crescimento da comunidade” (Souza et al., 2005, p.152).

Neste estudo a apresentação do sistema de saúde e seus equipamentos de rede fornecem informações importantes para compreender a dinâmica das intervenções públicas. Esta apresentação foca-se constantemente para o atendimento de usuários de drogas visto se tratar da população participante do Grupo Educativo.

2.1 O Sistema de Saúde Único do Brasil - SUS

O SUS foi criado em 1990, pela necessidade de atender o apelo da população e cumprir com o que manda a Constituição Federal quando se refere à saúde enquanto dever do Estado, direito da população e compromisso conjunto da sociedade. O movimento social que propiciou esta reflexão chama-se Reforma Sanitária (Ministério da Saúde, 2004). Foi criado e é regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde: Lei 8080/90 e Lei 8142/90. Seus princípios básicos são: integralidade (ações continuadas), participação e controle social, universalidade (acesso de todos), equidade (respeito às diferenças), resolutividade (eficiência), intersetorialidade (serviços integrados), humanização (vínculo equipe x população) e descentralização (poder e responsabilidade divididos). Outro aspecto importante a ser considerado é a formação da Rede de Saúde, que deve ser municipal, integrada e territorializada (próxima à comunidade) (Ministério da Saúde, 2004).

Esta Rede de Saúde é dividida em Níveis de Atenção (primária, secundária e terciária), classificados desta maneira para compreender a complexidade e otimizar os recursos necessários a cada grau de gravidade das doenças. A atenção primária é a “porta de entrada” desta rede e compreende as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e as Unidades da Saúde da Família (USFs), responsáveis por ações preventivas, diagnóstico precoce, tratamento e manutenção dos casos mais simples. A atenção secundária é composta por todos os serviços especializados oferecidos, entre eles os CAPS. E o nível de atenção terciário atende os casos mais graves que, incluindo urgência e emergência, composto pelos hospitais-dia, hospitais gerais, hospitais psiquiátricos e clínicas. Estes níveis interagem entre si formando a rede de atenção à saúde, pela qual o paciente circula de acordo com a sua necessidade; e devem ser orientados por Políticas Públicas nacionais.

2.2 Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), por sua vez, surgiram pela demanda da Reforma Psiquiátrica Brasileira que lutava por um tratamento mais humano aos doentes mentais. Assim, em 1986 foi criado o 1º CAPS em São Paulo inspirado na experiência de um serviço de saúde mental de uma cidade gaúcha, mas foi somente com a Portaria GM 224/92 que os CAPS foram legalmente criados. Atualmente os CAPS são regulamentados pela Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 e fazem parte do SUS. Existem CAPS que atendem diferentes populações: CAPSi (infantil), CAPS I (transtornos mentais), CAPS II (adultos, transtornos mentais) CAPSad (dependentes químicos) e CAPS III (24h, com leitos) (Ministério da Saúde, 2004).

Os CAPS são um serviço de saúde aberto (sem internação) e comunitário, referência em Saúde Mental, que atendem a população da sua área de abrangência, substituindo a internação psiquiátrica. Os principais objetivos são: atendimento diário, reinserção social, suporte à rede de saúde municipal, oferecer cuidado eficiente e personalizado. O acesso ao serviço se dá por procura espontânea, encaminhamentos de Unidades Básicas de Saúde e Programa de Saúde da Família, Fórum, Conselho Tutelar e outros serviços. Devem oferecer atividades individuais, grupais, para a família, comunitárias, Assembleias, visitas domiciliares, através de tratamentos intensivos, semi-intensivos e não-intensivos. E para isso deve contar com espaço físico, equipe e recursos adequados (Ministério da Saúde, 2004).

Mais especificadamente o CAPS – álcool e outras drogas (CAPSad) atende pessoas com transtornos decorrentes do uso nocivo e da dependência de substâncias psicoativas sob uma perspectiva individualizada e resolução contínua (Ministério da Saúde, 2004), norteada pelos princípios da estratégia de Redução de Danos (RD). Devem ser o principal dispositivo para articulação da rede de atenção a dependentes químicos, cumprindo função assistencial e reguladora da rede de saúde atuando em conjunto com a rede básica e a comunidade (Ferigolo, M. et al 2007). Os CAPSad são contextualizados na noção de território que compreende além da área geográfica que está inserido e a população desta área de abrangência, os espaços onde seus usuários circulam como igrejas, escolas, bares,

dando relevância a participação da comunidade, aos seus espaços, construções, sentimentos, instituições e cultura.

Sua instalação se dá em municípios com população superior a 70.000 habitantes. Deve contar com uma equipe multidisciplinar, e também deve possuir de 2 a 4 leitos para desintoxicação (Ministério da Saúde, 2004). A partir do cadastramento e do efetivo funcionamento, o Ministério da Saúde financia seu funcionamento através do repasse às Secretarias Municipais de verba específica gerada pelo atendimento; esse custeio pode ser complementado com verba estadual e municipal.

As principais atividades realizadas pelos CAPSAd são atendimentos individuais, em grupo, atendimento para a família, ações comunitárias, assembleias, oficinas terapêuticas, distribuição de medicamentos, visitas domiciliares, projetos de capacitação e reinserção no mercado de trabalho, entre outros. O espaço físico de um CAPSAd deve contemplar as suas diversas atividades (Ministério da Saúde, 2004). A Assembleia é uma importante atividade realizada no CAPSAd, pois é um instrumento que potencializa o objetivo de autonomia e controle social dos usuários do serviço, bem como estreita os laços com a equipe, facilitando o vínculo ao tratamento. Caracteriza-se pela discussão entre usuários e equipe para avaliar e articular ações de melhoria do serviço (Cruz & Ferreira, 2009).

A estratégia de saúde que orienta o tratamento no CAPSAd é a Redução de Danos (RD), que não considera a abstinência como única meta, mas, pretende “além de redução dos riscos e danos causados pelo uso das drogas lícitas e ilícitas, resgatar o papel auto-regulador e a responsabilidade de seus usuários com as drogas” (Cruz & Barbeito, 2009). O atendimento compreende primeiramente o acolhimento do paciente, passando por diversas avaliações, inserção em grupos e atividades terapêuticas, tendo à disposição consultas com diversos profissionais. O plano de tratamento deve ser individualizado e personalizado, formulado em conjunto com o paciente sob a orientação de um técnico de referência. Cada paciente é atendido de acordo com a demanda da sua necessidade em caráter intensivo, não-intensivo, ou semi-intensivo (Cruz & Ferreira, 2009).

Como agente estratégico, o CAPSAd, trabalha na lógica da descentralização, articulando e organizando a rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas através da capacitação, supervisão dos profissionais da rede básica e dos agentes

comunitários de saúde, reservando-se a assistência direta dos casos mais graves (Cruz & Ferreira, 2009).

2.3 O CAPSad de Gravataí/RS e o Grupo Educativo

O Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPSad) é o serviço especializado em dependência química do município de Gravataí, disponível para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso nocivo e da dependência de substâncias psicoativas. Tem como objetivos tratar e reinserir na sociedade os usuários de substâncias psicoativas, envolver os familiares no programa terapêutico, estabelecer parcerias com a comunidade e serviços afins, orientar ações de prevenção e capacitar profissionais de diversas áreas.

É constituído por uma equipe multidisciplinar formada por 15 profissionais. Situa-se numa residência alugada pela Prefeitura com espaço para atendimentos individuais e grupais. Atualmente, o CAPSad possui mais de 4000 usuários cadastrados, e atende aproximadamente 600 usuários por mês. O Programa Terapêutico é composto por: acolhimento, acompanhamento com enfermagem, assistência social e terapia ocupacional, acompanhamento psicológico, psiquiátrico e clínico geral, oficinas e grupos terapêuticos. Cada paciente possui um Técnico de Referência (TR), responsável pelo plano terapêutico individual, articulação com demais profissionais e monitoramento do tratamento do paciente.

O CAPSad atende todo o município através do acesso por procura espontânea, sistema de referenciamento de Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família e demais serviços de saúde do município e encaminhamentos do Fórum, Conselho Tutelar, entre outros. O atendimento ocorre de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas. Está localizado na Rua Santa Fé, número 249, parada 64, Bairro Santa Fé do município de Gravataí-RS.

3. Justificativa e Objetivos do Estudo

Existem poucos estudos científicos que tratam de intervenções educativas em saúde, principalmente realizados no Brasil. Em uma busca superficial na

Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores *práticas educativas* e *educação em saúde*, nenhum registro de estudo deste tema realizado em CAPS foi encontrado. Assim, percebe-se a necessidade de explorar esses conceitos através de programas e projetos reais e de estudá-los cientificamente.

O tema é atual, com grande potencial de estudo e conveniente às tendências de produção em saúde no Brasil e no mundo, a saber: interdisciplinaridade, participação da comunidade, *empowerment*, promoção da saúde, acesso e disseminação de informação. Sabe-se que a educação é um instrumento para transformação da sociedade e mudança de comportamento. Desta forma, estudar o processo educativo em um ambiente terapêutico como o de um CAPSad pode gerar recursos científicos e práticos para melhora das atividades desenvolvidas, bem como dos indivíduos envolvidos e demais participantes (estimulando características como autonomia, independência e *empowerment*); e também de recursos para que se pense e motive a ações em prol da qualidade de vida.

Desta forma delineou-se esse relato de experiência, que tem como objetivo apresentar o Grupo Educativo do CAPSad buscando compreendê-lo como prática educativa para promoção da saúde e empoderamento dos seus envolvidos. Para tanto, o estudo tem como objetivos específicos:

- ❑ Compreender os conceitos de Educação em Saúde, *Empowerment*, Promoção da Saúde e Práticas Educativas e a aplicabilidade dos mesmos.
- ❑ Possibilitar o pensar de estratégias educativas como auxiliares nos processos terapêuticos.
- ❑ Compreender o CAPSad como espaço para intervenções de educação em saúde.

CAPÍTULO II

RELATO DE EXPERIÊNCIA

1. O Grupo Educativo

O Grupo Educativo do CAPSad é um grupo estruturado, fechado, que visa educação em saúde. Tem como objetivo principal promover a educação em saúde abordando diferentes temas para prevenção, redução de danos e reabilitação dos pacientes dependentes químicos que estão em tratamento no CAPSad. É destinado aos usuários de substâncias psicoativas frequentes ao tratamento no CAPSad, com possibilidade de participação de familiares, todos selecionados através de encaminhamentos dos Técnicos de Referência do serviço ou por solicitação voluntária seguindo os critérios de inclusão. É composto por 12 encontros consecutivos, com duração de uma hora e trinta minutos cada. A cada encontro são abordados e estudados temas diferentes de saúde, sendo que o cronograma é estabelecido previamente com temas sugeridos pelos profissionais e pelos pacientes. O grupo é coordenado por dois profissionais da equipe técnica do CAPSad (um nível superior e outro nível médio-técnico). Há distribuição de material de apoio e avaliações ao final do programa. A *Estruturação do Grupo Educativo*, no modelo fornecido pelo CAPSad, encontra-se no Anexo A.

Este grupo faz parte da programação terapêutica do CAPSad de Gravataí desde a criação deste serviço, e sua proposta de funcionamento já sofreu diversas alterações ao longo desse período. Sua última versão era em grupo aberto para todos os pacientes do serviço, coordenado por uma técnica de enfermagem. Com o ingresso de novos profissionais em 2008, muitas atividades do CAPSad foram avaliadas e reorganizadas, incluindo o Grupo Educativo. Atualmente, é o único grupo fechado do Centro e sua primeira edição neste formato ocorreu no ano de 2009.

2. Programa de estudo

A programação do Grupo Educativo oportuniza o estudo de diversos temas divididos em cada encontro, sendo sete deles pré-estabelecidos pelo cronograma e

dois pela escolha dos pacientes. Esta organização é exposta ao grupo no 1º encontro, podendo ser adaptado à demanda dos participantes. São considerados temas prioritários, e pré-estabelecidos:

- ❑ Dependência Química: causas, recaída, sintomas de abstinência, fatores de risco e proteção, etc.
- ❑ Drogas psicotrópicas (classificação), apresentação de cada subgrupo: álcool, maconha, solventes, tabagismo, crack e cocaína, ecstasy e outras drogas.
- ❑ Saúde: diabetes, hipertensão, câncer, HIV, DST, hepatite, entre outros.
- ❑ Qualidade de vida: hábitos saudáveis, alimentação, atividades físicas, etc.
- ❑ Medicamentos: classificação, uso, automedicação, etc.
- ❑ Sociedade: violência, criminalidade, legislação.

O primeiro encontro destina-se à apresentação inicial, e o último para a avaliação final do grupo. Também há um encontro disponível para realização de uma atividade externa, de cunho cultural ou esportivo a ser escolhida conjuntamente com os participantes. Após a avaliação final é fornecido um Certificado de Conclusão a cada participante que concluiu o programa do Grupo Terapêutico, informando os temas estudados.

Os temas são apresentados pelos coordenadores, incentivando-se a contribuição dos participantes. Para dinamizar o processo de estudo, há também a possibilidade de convite de outros profissionais para apresentação dos temas, tanto do CAPSad quanto de outros serviços.

A cada mês é escolhido, dentre os participantes, um monitor- auxiliar. O objetivo deste monitor é estreitar o relacionamento dos pacientes com seu processo terapêutico estimulando independência e autonomia, liderança de grupo. A escolha se dá pela indicação voluntária ou dos colegas de grupo, e através de votação aberta. Entre as funções do auxiliar, estão a organização do espaço físico e materiais, contato entre os participantes, convites e avisos.

A programação do Grupo Educativo segue o seguinte cronograma de atividades (Tabela 1), que pode ser alterado conforme acertado entre equipe técnica e participantes.

Tabela 1**Relação de temas abordados nos encontros do Grupo Educativo**

Encontro	Temas/Atividade
1º	Apresentação Inicial
2º	Dependência Química e Drogas Psicotrópicas
3º	Álcool, Maconha, Solventes, Tabagismo
4º	Crack e cocaína, <i>Ecstasy</i> e outras drogas.
5º	Diabetes, hipertensão, câncer, HIV, DST, hepatite.
6º	Atividade externa
7º	Qualidade de vida:
8º	Medicamentos
9º	Violência, criminalidade, legislação.
10º	Tema Livre 1
11º	Tema Livre 2
12º	Avaliação final

3. Material de apoio

O material de apoio foi criado pelas próprias coordenadoras, para auxiliar no processo de discussão e fixação dos temas. São compostos por resumos dos assuntos abordados nos encontros, e contem espaço para anotações dos participantes. Quando há temas apresentados por convidados, estes preparam o resumo para ser disponibilizado aos participantes.

Servem como base de estudo e meio de propagação da informação, pois cada participante recebe um folheto e leva consigo após o encontro. Assim, ao término da programação do grupo, o participante tem uma apostila de estudo com todos os temas abordados e as atividades realizadas. Os modelos dos folhetos utilizados no Grupo Educativo encontram-se nos Anexos B, C, D, F, G, H, I, e J.

Após o 4º encontro do grupo é oferecido aos participantes uma atividade escrita (Anexo L) a ser realizada em casa, para diagnose do aproveitamento do grupo, esclarecimento de dúvidas residuais e avaliação do processo. Essa atividade é composta por questões referentes aos temas estudados, principalmente

sobre SPAs. São formuladas sob forma de sentenças às quais o participante deve refletir para responder entre verdadeiro e falso, ou, completando as frases.

Durante o grupo, os participantes são estimulados a contribuir de maneira ativa com sugestões e utilização de outros materiais como revistas, jornais, livros, fotos, relatos de experiências, entre outros. De acordo com o tema, também são utilizados cartazes, folders, vídeos disponíveis no serviço para dinamizar e favorecer o processo de estudo.

4. O Questionário de Avaliação

O questionário de avaliação (Anexo M) utilizado no grupo é dividido em duas partes: uma que visa avaliar a compreensão do participante referente aos temas estudados no grupo e outra que visa avaliar o Grupo Educativo através da percepção do participante. Ambas contêm questões estruturadas abertas e fechadas. As avaliações são confeccionadas pelos coordenadores do grupo, de acordo com os temas estudados. Os questionários ficam armazenados no arquivo do grupo, e são avaliados pelos coordenadores do grupo a fim de gerar um retorno do processo a cada participante.

Na avaliação destinada à análise do programado grupo, o participante tem a oportunidade de expor suas considerações a respeito do grupo. Bem como, criticar ou sugerir mudanças na sua estrutura e modo de execução.

5. Critérios de inclusão e exclusão:

Alguns critérios de participação do grupo foram estabelecidos visto sua formatação diferenciada dentro do programa terapêutico do CAPSad. Estes critérios foram criados pelos coordenadores do grupo e discutidos com os demais profissionais da equipe. Assim, reforça-se a necessidade de comprometimento do participante durante o processo. Todos os itens desses critérios são discutidos na apresentação inicial do grupo, a fim de informar e promover a coesão dos participantes.

O processo de formação do grupo inicia com a divulgação no serviço do início do grupo, assim profissionais de referência tem a possibilidade de identificar, apresentar e convidar participantes em potencial para o ingresso no Grupo Educativo. Havendo interesse do paciente, o mesmo é convidado para a chamada inicial do grupo, realizada pelos coordenadores a fim de esclarecer os

objetivos e estruturação do grupo e motivar para participação no mesmo. Somente após esse processo, o grupo é iniciado e segue a programação apresentada.

A participação do paciente neste grupo condiz com as necessidades de seu plano terapêutico individual e, portanto, deve ser acompanhado pelos respectivos TRs, responsáveis pela indicação do mesmo ao grupo. Para convidar o usuário ao grupo, os TRs devem observar os seguintes critérios de inclusão:

- ❑ Encaminhamento dos Técnicos de Referência e demais membros da equipe técnica;
- ❑ Ser alfabetizado;
- ❑ Ter condições cognitivas e psicológicas para se beneficiar do grupo e não prejudicar os demais membros;
- ❑ Aceitar as regras do grupo expostas em seu início;
- ❑ Frequência regular no tratamento.

Na apresentação do grupo, os participantes são informados dos seguintes critérios que justificam a exclusão dos mesmos do programa:

- ❑ Três faltas não justificadas.
- ❑ Comportamento inadequado nos encontros;
- ❑ Estar sob efeito de alguma SPA no dia do grupo;
- ❑ Estar em crise psicótica;
- ❑ Ter déficits cognitivos que inibam seu aproveitamento no grupo.

6. Atividade externa

A atividade externa é um recurso que visa enriquecer as experiências de vida e promover a circulação em diferentes espaços sociais dos participantes do grupo. A escolha é livre e parte de sugestões dos participantes; é decidida conjuntamente com a equipe, considerando a disponibilidade dos locais e os demais recursos necessários. Buscam-se atividades gratuitas e de fácil acesso, sendo para isso realizado contatos com diversas instituições para parceria na realização do evento.

Na primeira edição do Grupo Educativo, foi escolhido um passeio para a biblioteca pública do município, local conhecido por poucos participantes e onde foi possível conhecer um projeto de acessibilidade a deficientes visuais. Já na

segunda edição, optou-se por visitar o Planetário de Porto Alegre, para sessão de vídeo sobre o Sistema Solar.

7. Descrição de atividades

O Grupo Educativo, no formato atual ocorreu em duas edições (2009 e 2010), e segue o mesmo programa em ambas, salvo as particularidades dos participantes que as compõem e que fazem o delineamento característico a cada edição. Para descrição das atividades utilizaremos o exemplo da Edição 2009 do Grupo Educativo.

A Edição 2009 teve início em 30 de abril e término em 23 de julho, contou com a participação inicial de nove pessoas, porém somente sete permaneceram e concluíram o programa. O grupo era constituído de homens (nenhuma mulher concluiu o programa) de meia idade (média de 48,2 anos), sem atividade laboral regular (n=1 emprego formal, n=3 aposentados, n=3 trabalho informal eventual). Todos são moradores de Gravataí, realizando acompanhamento no CAPSad há mais de 2 anos, bem vinculados ao programa terapêutico (frequentes nas consultas, presença em diversos grupos, envolvimento dos familiares, etc.).

Os temas livres escolhidos para essa edição foram Previdência Social e SUS (incluindo parte sobre CAPS). A atividade externa escolhida foi visita à Biblioteca Pública Municipal Monteiro Lobato, onde conheceram o projeto de inclusão e assistência a leitores cegos.

A avaliação final foi realizada em 23 de julho, com bom aproveitamento dos participantes e festa de confraternização pela conclusão do grupo. Na avaliação realizada pelos participantes sobre o grupo, todos referem importância e ganhos pela participação. E também sugerem a continuidade do grupo para estudo de outros temas.

Tendo a Edição 2009 como exemplo do Grupo Educativo, resta descrever um encontro do grupo que permita observar a dinâmica de sua realização:

7.1 Relato de encontro da Edição 2009

Data: 28/05/2009

Hora: 14h00min

Coordenadores: Terapeuta ocupacional, técnica de enfermagem e médica clínica-geral (convidada)

Participantes: sete pacientes

Tema do estudo: HIV, DSTs, hepatite, diabetes, hipertensão

Relato: O 5º encontro do Grupo Educativo foi iniciado com a correção das atividades escritas deixadas como tarefa de estudo no encontro anterior. Esta atividade (Anexo L) compreende os assuntos abordados até o momento e serve como revisão e diagnose parcial do processo educativo do grupo. Após discussão das atividades a Médica Clínica-Geral foi convidada a introduzir o tema do encontro. Foram utilizados diversos materiais ilustrativos sobre os assuntos, em especial as DSTs. Também foi realizada exposição lúdica do uso da camisinha masculina e feminina; e houve distribuição de preservativos aos participantes. O debate acerca das doenças trouxe muitas dúvidas que foram esclarecidas em sua maioria. Ao final do encontro, o grupo optou por alterar a data da atividade externa a fim de realizarem-se os devidos contatos adequadamente. Foram sugeridas leituras sobre o tema da próxima semana – a saber, qualidade de vida – para enriquecimento da discussão do tema.

Considerações finais: Todos os participantes contribuíram de forma construtiva na discussão dos temas, comunicativos e com boa interação entre si. O tema despertou o interesse de todos e muitos questionamentos puderam ser esclarecidos. É notável a presença de preconceitos e mitos a cerca do sexo e da sexualidade, tema explorado a partir da discussão. Os participantes referem preocupação com o modo de educação sexual oferecido aos jovens atualmente e, apesar da dificuldade de lidarem com o assunto, acreditam que espaços de discussão e informação devem estar presentes na família, escola e demais espaços para promoção e cuidado da saúde sexual da população.

CAPÍTULO II

DISCUSSÃO

1. Estruturação e desenvolvimento do Grupo Educativo

Como apresentado anteriormente, as práticas educativas em saúde pressupõe a participação ativa dos seus elementos, na busca de empoderamento dos indivíduos envolvidos no processo. Assim, nota-se a importância dos aspectos do programa do grupo apresentado, nos quais há possibilidade de atuação dos participantes. Machado e Vieira (2009) identificam essas características como conceitos chaves para as ações de educação em saúde.

Essa flexibilidade na estrutura do grupo vem ao encontro da visão ampliada de saúde que permeia as diretrizes do cuidado atualmente, observa-se que isso ocorre de diversas maneiras e em variados momentos, desde a escolha dos temas a serem estudados, a escolha da atividade externa, dos monitores-auxiliares, entre outros.

O próprio processo de escolha dos participantes demonstra a concepção de educação em saúde adotada pelo Grupo. Onde a decisão livre e motivação pessoal de cada indivíduo são consideradas ponto de partida para o ingresso. Nota-se o interesse individual como recurso essencial ao melhor aproveitamento possível desse processo. Como apresentam Machado e Vieira (2009) “o processo educativo deve ser consciente, livre e de espontânea vontade, por escolha para a participação, por opção de vivenciar a ação educativa, e não estimulado por qualquer mecanismo de barganha.”

Outro aspecto saliente é a consideração e possibilidade de escolha de temas pelos próprios participantes, onde é reforçado o valor da autonomia dos envolvidos e da responsabilidade sobre o processo do qual se faz parte. Neste momento, nota-se o viés dos temas escolhidos: em 2009, SUS e Previdência Social; em 2010, SUS e Tratamentos para Dependência Química. Percebe-se a demanda reprimida do saber pelas coisas públicas, até então mal-esclarecido ou mal-compreendido. Neste sentido, é reconhecida a relevância do papel dos profissionais envolvidos e do processo de educação em saúde, que servem de estímulo à conscientização individual e coletiva, fomentando a participação popular nos espaços de direito, como sugerem Machado e Vieira (2009).

Quanto às avaliações utilizadas, são entendidas como instrumentos para fixação de conceitos chaves e monitoramento do processo, para resgate de temas, esclarecimento de dúvidas, redirecionamento de método de trabalho, etc. São meios de participação ativa dos envolvidos no processo, sem designar valor à capacidade ou desempenho individual. Considerando o estudo de Smeke e Oliveira (2009) é possível reforçar o pensamento de aprimoramento constante das práticas educativas em saúde a partir do monitoramento e ampliação da cultura avaliativa e participativa, cuja função interage com a ressignificação das ações pelos sujeitos envolvidos no processo.

2. Produtos e encaminhamentos do grupo

A partir da constituição do Grupo Educativo no CAPSad de Gravataí, pode-se constatar o reforço do sentimento de pertencimento, o envolvimento com a instituição e a mobilização dos participantes em outros espaços, enquanto agentes de mudança e transformação. Os envolvidos com o grupo lideraram um movimento de engajamento dos usuários em prol do surgimento de instâncias de participação social no serviço, portanto, complementado por diversos outros fatores, é possível considerar a Assembleia de Usuários do CAPSad como produto resultante do Grupo Educativo.

De acordo com o guia de CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde (2004, p.17) a Assembléia

É um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido

É a participação social que gera o diferencial do atendimento do CAPS. Sabe-se ser um trabalho não muito fácil, porém muito resolutivo quando envolve, motiva, responsabiliza e mobiliza seus atores em prol de benefícios ao serviço. Envolvimento que deve se estender aos profissionais do serviço, considerados agentes de transformação social. A participação da equipe é pressuposto básico para o seguimento das ações da Assembleia, por esse motivo há que se ter esclarecidos os objetivos dessa participação e, ainda, que haja o comprometimento

real desta parte. Camossa e Caro (2009) expõem a necessidade de uma abrangência sociopolítica na intervenção técnica dos profissionais da saúde para atuarem enquanto educadores sociocomunitários, no contexto de CAPS

Considera-se que, para que os profissionais responsáveis pelos serviços de saúde mental não tenham uma prática despolitizada, faz-se necessário que a equipe amplie seus conhecimentos teóricos e tenha uma formação específica em Educação Sócio-Comunitária, com o objetivo de superar as questões problematizadas. Entende-se que a atuação do educador sociocomunitário define-se por um trabalho social e interventivo, que não se limita a uma visão de saúde, mas uma interface saúde e educação, como proposta de superação de exclusão da população inserida no CAPS, sendo que um dos dispositivos para isso é a Assembleia de usuários, familiares e equipe interdisciplinar (p.477).

Assim também, a Associação de Usuários do CAPSad (ASSUSCAPSad) pode ser considerada outro produto do Grupo Educativo, visto que o processo de empoderamento dos envolvidos é resultante de ações de promoção da saúde, autonomia e participação popular. Carvalho e Gastaldo (2008) referem que a Promoção da Saúde destaca o fortalecimento da atuação de indivíduos e grupos para o suporte de ações coletivas da comunidade que visem novas práticas de Educação em Saúde. Aos usuários, a Associação tem valor de resgate da cidadania e reinserção social, e tem como objetivo compartilhar ações de cuidado e atenção ao dependente químico.

Outros produtos podem ser relacionados com o impulso gerado pela potencialização de ações oriundas da educação em saúde, desde que, por sua vez, estejam comprometidas com o ideal de consciência crítica sobre as circunstâncias de inserção. O poder de decisão autônomo, independente e responsável é conseqüência natural de um processo que respeita e estimula o bem comum, através da coletividade, capaz de mobilizar e gerar, por sua vez, oportunidades de cuidado com a saúde. Machado e Vieira (2009, p.34) acreditam que “nessa concepção, insere-se um sujeito cidadão, idealizado e almejado para a efetivação do projeto da promoção da saúde”.

CAPÍTULO II

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A busca pelo reconhecimento da autonomia e cidadania é uma luta constante aos dependentes químicos em tratamento e a possibilidade de inserção em ambientes de escuta, acolhimento e participação social se mostra de grande valia. Segundo Gohn (2004)

[...] é no plano local, especialmente num dado território, que se concentram as energias e forças sociais da comunidade, constituindo o poder local daquela região; no local onde ocorrem as experiências, ele é a fonte do verdadeiro capital social, aquele que nasce e se alimenta da solidariedade como valor humano. O local gera capital social quando gera autoconfiança nos indivíduos de uma localidade, para que superem suas dificuldades. Gera, junto com a solidariedade, coesão social, forças emancipatórias, fontes para mudanças e transformação social (p.24).

Percebe-se, portanto, a importância do Grupo Educativo enquanto espaço de Educação em Saúde para reforço do papel de cidadão de cada usuário, inclusive para exercer o controle social de maneira responsável e compromissada, em favor do melhor andamento dos serviços dos quais faz uso e da promoção do cuidado em saúde. Segundo Correia (2008) “o ‘controle social’ é apontado como um dos princípios alimentadores da reformulação do sistema nacional de saúde e como via imprescindível para a sua democratização” (p107).

A inserção de práticas educativas em saúde, em diversos contextos deve ser considerada como parte do projeto terapêutico que transcende a clínica limitada focada na doença, e incorporada ao cotidiano do cuidado em saúde observando a dinâmica dos múltiplos fatores associados ao processo saúde-doença. Responsabilidade compartilhada entre profissionais da saúde e usuários, em constante interação (Machado e Vieira, 2009).

A partir do estudo, compreende-se o Grupo Educativo do CAPSad como promotor do pensar crítico dos participantes sobre o contexto no qual estão inseridos, ampliando a simples transmissão de informação; mas, instigando à participação ativa dos envolvidos, a co-responsabilidade sobre o processo de cuidado da saúde e a mobilização para o empoderamento de agentes transformadores. As práticas educativas em saúde reforçam, assim, sua relevância

perante o desejo social de promoção da saúde e conseqüente melhora da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Camossa, D.A. & Caro, S.M.P. (2009). Assembleia de usuários do CAPS: uma proposta de Educação Sócio-Comunitária. *Revista de Ciências da Educação*, 21(9), 465-480.

Carvalho, S. R. (2004). Os múltiplos sentidos de categoria empowerment no projeto de promoção à saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 20(4): 1088-1095.

Carvalho, S. R. & Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalistas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2), 2029-2040.

Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para promoção da saúde*. Ottawa, Canadá. Retrieved in April 20, 2010 from: www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf.

Correia, M. V. C. (2008). Controle Social. In: Pereira, I.B & Lima, C. F. (Eds.) *Dicionário da educação profissional em saúde*. (Rev. Ed.). Rio de Janeiro, Brasil: EPSJV.

Cruz, M. & Barbeito, M. (2009). Estratégias de redução de danos e assistência comunitária à saúde: uma integração necessária. In: F. Pechansky (Ed) (Volume Ed.). *Encaminhamentos de pessoas dependentes de substâncias psicoativas: módulo 5*, (pp. 59-66). Brasília, Brasil: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Cruz, M. & Ferreira, S. (2009). A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: o papel das UBS, CAPSad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. In: M. S. Cruz (Ed) (Volume Ed.). *As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas: módulo 6*, (pp. 30-41). Brasília, Brasil: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Ferigolo, M., Fernandes, S., Dantas, D. & Barros, H. (2007). *Centros de atenção de dependência química – 2007*. Porto Alegre, Brasil: AAPEFATO.

Freire, P. (1979). *Educação e mudança*. Rio de Janeiro, Brasil: Paz e Terra.

Freire, P. (1987). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro, Brasil: Paz e Terra.

Gohn, M. G. (2004). Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade* 13(2), 20-31.

Leonello, V. M. & Oliveira, M. A. C., (2009). Construindo o diálogo entre saberes para ressignificar a ação educativa em saúde. *Acta Paul Enfermagem*, 22(Especial edition), 916-920.

Machado, M. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C. & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as proposta do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2), 335-342.

Machado, M. F. A. S. & Vieira, N. F. C. (2009). Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2). Retrieved, in March 16, 2010 from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_06.pdf

Pereira, A. L. F., (2003). As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 19(5), 1527-1534.

Pope, C., Ziebland, S. & Mays, N. (2005). Analisando dados qualitativos. In: Pope, C. *Pesquisa qualitativa na atenção a saúde*. (pp.87-100). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.

Smeke, E. L. M. & Oliveira, N. L. S. (2009). Avaliação participante de práticas educativas em serviços de saúde. *Caderno Cedes*, 79(29), p. 347-360. Retrieved, in March 15, 2010 from: www.cedes.unicamp.br

Souza, A. C., Colomé, I. C. S., Costa, L. E. D. & Oliveira, D., (2005). A educação em Saúde com grupos na comunidade. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(2), 147-153.

Tavolaro, P., Pereira, I. M. T. B., Pelicioni, M. C. F. & Oliveira, C. A. F., (2007). Empowerment como forma de prevenção de problemas de saúde em trabalhadores de abatedouros. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 307-312.

Vila, A. C. D. & Vila, V. S. C. (2007). Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(6), 1177-1183. Retrieved, in March 15, 2010 from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/18.pdf>

ANEXOS

ANEXO A – Estruturação do Grupo Educativo



SMS
Secretaria Municipal da Saúde



ESTRUTURAÇÃO DE GRUPO CAPS-AD

NOME DO GRUPO/OFICINA: *Grupo Educativo*

ABORDAGEM DO GRUPO: Grupo educativo, estruturado, fechado, que visa educação em saúde.

COORDENADOR (A): Náiali Pfluck – Terapeuta Ocupacional

AUXILIAR: Karine Campelo – Téc. Enfermagem

OBJETIVO GERAL: promover a educação em saúde através de um programa fechado, abordando diferentes temas para prevenção, redução de danos e reabilitação dos pacientes dependentes químicos que estão em tratamento no CAPSad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❑ Proporcionar momentos reflexivos, estudo, produção criativa, lúdicos e culturais;
- ❑ Estudar temas sobre dependência química;
- ❑ Promover o autoconhecimento e a interação em grupo;
- ❑ Estimular a autocrítica, a capacidade de discernimento e as mudanças de comportamento;
- ❑ Utilizar diferentes recursos para facilitar a aquisição de conhecimento e o entendimento do grupo.

PÚBLICO ALVO: Usuários de substâncias psicoativas frequentes ao tratamento no CAPSad

Nº DE PARTICIPANTES: máximo 15 participantes

DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES: Discussão dos temas propostos, distribuição de folheto com resumo do tema e realização de dinâmicas de grupo e atividades práticas para fixação do conteúdo.

PROGRAMAÇÃO: Doze encontros consecutivos, no modelo de grupo fechado, com duração de uma hora e trinta minutos. Em cada encontro são abordados e estudados temas diferentes, sendo sete deles pré-estabelecidos pelo cronograma e dois pela escolha dos pacientes. Também haverá um encontro disponível para realização de uma atividade externa, de cunho cultural ou esportivo a ser agendado pelos coordenadores. Os dias da semana destinados para os encontros são as Quintas-Feiras a partir das 14 horas.

RECURSOS NECESSÁRIOS: Sala ampla, cadeiras, quadro branco, lápis, canetas, pranchetas e outros materiais de acordo com atividades específicas.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Encaminhamento dos Técnicos de Referência e demais membros da equipe técnica;
- Ser alfabetizado;
- Ter condições cognitivas e psicológicas para se beneficiar do grupo e não prejudicar os demais membros;
- Aceitar as regras do grupo expostas em seu início;
- Frequência regular no tratamento.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Três faltas não justificadas.
- Comportamento inadequado nos encontros;
- Estar sob efeito de alguma SPA no dia do grupo;
- Estar em surto / crise psicótica;
- Ter déficits cognitivos que inibem seu aproveitamento ao grupo.

ANEXO B – Folheto de Apresentação Inicial



SMS
Secretaria Municipal da Saúde



GRUPO EDUCATIVO Apresentação Inicial

O Grupo Educativo tem a finalidade de promover a educação em saúde abordando diferentes temas para prevenção, redução de danos e reabilitação dos pacientes dependentes químicos que estão em tratamento no CAPS-ad. Conforme as seguintes características:

- Doze encontros consecutivos
- Grupo fechado, de máximo 15 participantes
- Monitor de grupo
- Duração de uma hora e trinta minutos
- Temas diferentes a cada encontro
- Atividade externa, cultural ou esportiva
- Exclusão do grupo por três faltas não justificadas
- Material de apoio, com resumo do tema

Encontros	Temas/Atividade
1º	Apresentação Inicial
2º	Dependência Química e Drogas Psicotrópicas
3º	Álcool, Maconha, Solventes, Tabagismo
4º	Crack e cocaína, Ecstasy e outras drogas.
5º	Diabetes, hipertensão, câncer, HIV, DST, hepatite.
6º	Atividade externa
7º	Qualidade de vida:
8º	Medicamentos
9º	Violência, criminalidade, legislação.
10º	Tema Livre 1
11º	Tema Livre 2
12º	Avaliação final

ANEXO C – Folheto: Drogas Psicotrópicas e Dependência Química



SMS
Secretaria Municipal da Saúde



GRUPO EDUCATIVO

TEMAS: Drogas Psicotrópicas e Dependência Química.*

❖ DROGAS PSICOTRÓPICAS

A medicina define **droga** como qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento.

Drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre nosso cérebro, alterando de alguma maneira nosso psiquismo (nossa mente: o que sentimos, fazemos e pensamos).

❖ CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS:

Depressoras: diminuem a atividade de nosso cérebro, ou seja, deprimem seu funcionamento, o que significa dizer que a pessoa que usa fica “desligada”, “devagar”, desinteressada pelas coisas. Ex: álcool, soníferos ou hipnóticos, barbitúricos, ansiolíticos, opiáceos ou narcóticos (morfina, heroína, codeína) e inalantes ou solventes.

Estimulantes: aumentam a atividade de nosso cérebro, ou seja, estimulam o funcionamento fazendo com que o usuário fique “ligado”, “elétrico”, sem sono. Ex: anorexígenos, cocaína e crack.

Perturbadoras: alteram a qualidade do funcionamento do cérebro, ou seja, o cérebro funciona fora do normal e a pessoa fica com a mente “perturbada”. Ex: maconha, LSD, êxtase.

Anotações: _____

* Referência: Livro informativo sobre drogas psicotrópicas. CEBRID e SENAD

ANEXO D – Folheto: Álcool, maconha, solventes e tabagismo



SMS
Secretaria Municipal da Saúde



GRUPO EDUCATIVO

TEMAS: Álcool, maconha, solventes e tabagismo.*

❖ **ÁLCOOL**

É a droga ingerida mais consumida. O abuso e a dependência figuram como um dos maiores problemas de saúde pública do país; atinge cerca de 10% da população adulta brasileira. Atua no sistema nervoso central, provocando mudança no comportamento de quem o consome, além de ter potencial para desenvolver dependência.

A ingestão de álcool provoca diversos efeitos, que aparecem em duas fases distintas: uma estimulante e outra depressora. Nos primeiros momentos podem aparecer os efeitos estimulantes, como euforia, desinibição. Em seguida, surgem os efeitos depressores, como falta de coordenação motora, descontrole e sono. Quando o consumo é exagerado, pode até mesmo gerar um estado de coma.

Os fatores que podem levar ao alcoolismo são variados, envolvendo aspectos de origem biológica, psicológica e sociocultural. Alguns sinais de dependência do álcool são: desenvolvimento da tolerância, aumento da importância da substância na vida da pessoa, falta de controle em relação a quando parar, síndrome de abstinência e aumento da ingestão de bebidas para aliviar esta síndrome.

Os indivíduos dependentes do álcool podem desenvolver várias doenças. As mais freqüentes são as relacionadas ao fígado (hepatite alcoólica, cirrose). Também são comuns problemas do aparelho cardiovascular (hipertensão e problemas cardíacos) e do sistema digestivo (gastrite, síndrome de má absorção e pancreatite).

❖ **SOLVENTES**

A palavra solvente significa substância capaz de dissolver coisas, e inalante é toda substância que pode ser introduzida no organismo através da aspiração pelo nariz ou pela boca. São representados pelos esmaltes, tintas, colas, tiners, gasolina, removedores e cheirinho de loló.

O início dos efeitos é bastante rápido – de segundos a minutos no máximo – e em 15 a 40 minutos já desaparecem. Os mais comuns são: euforia, excitação, tonturas,

* Referência: Livro informativo sobre drogas psicotrópicas. CEBRID e SENAD.

perturbações auditivas e visuais, dores de cabeça, palidez, incoordenação motora, reflexos deprimidos, queda de pressão.

Finalmente, sabe-se que a aspiração repetida crônica dos solventes pode levar à destruição de neurônios, dificuldade de concentração e déficit de memória, além de levar a lesões da medula óssea, dos rins, do fígado e dos nervos periféricos que controlam os músculos periféricos que controlam os músculos.

❖ **MACONHA**

Os efeitos físicos são poucos: olhos avermelhados, boca seca, aceleração dos batimentos. Numa fase mais crônica, já são de maior gravidade como: bronquites, diminuição da capacidade de gerar filhos.

Os efeitos psíquicos mais comuns são: angústia, relaxamento, tremores, suor, dificuldade de memória e atenção. Num estágio mais avançado predomina: dificuldade de memória a curto prazo, delírio, alucinações e síndrome amotivacional.

❖ **TABACO**

Quando o fumante dá uma tragada, a nicotina é absorvida pelos pulmões, chegando ao cérebro aproximadamente em nove segundos. A nicotina é considerada um estimulante leve e diminuidor do apetite. Essa substância quando usada ao longo do tempo, pode provocar o desenvolvimento de tolerância e quando cessam o uso, pode surgir a fissura e a síndrome de abstinência (irritabilidade, agitação, prisão de ventre, dificuldade de concentração, sudorese, tontura, insônia e dor de cabeça).

O uso intenso e constante aumenta a probabilidade de ocorrência de pneumonia, câncer, infarto do miocárdio, bronquite crônica, enfisema pulmonar, derrame cerebral, úlcera digestiva.

Os poluentes do cigarro dispersam-se pelo ambiente, fazendo com que os não-fumantes próximos ou distantes dos fumantes inalem também as substâncias tóxicas e apresentem três vezes maior incidência de infecções respiratórias.

Anotações: _____

ANEXO E – Folheto: Cocaína e Crack, Êxtase e outras drogas



SMS
Secretaria Municipal da Saúde



GRUPO EDUCATIVO

TEMAS: Cocaína e Crack, Êxtase e outras drogas.*

❖ COCAÍNA E CRACK

A cocaína chega até o consumidor sob forma de pó, que é solúvel em água e serve para ser aspirado ou usado de modo intravenoso. Já o crack, apresenta aspecto de “pedra” e é utilizado quando aquecido sob forma de vapor.

Assim que são consumidos, alcançam o pulmão e caem na circulação, chegando rapidamente ao cérebro. Porém, a duração dos efeitos do crack é bem rápida (5 minutos), enquanto após injetar ou cheirar, duram de 20 a 45 minutos.

A tendência do usuário é aumentar a dose da droga na tentativa de sentir efeitos mais intensos e tornando-se violento, irritado, com tremores e atitudes bizarras devido ao aparecimento de paranóia.

Os efeitos provocados pela cocaína e o crack são: visão borrada, dor no peito, contrações musculares, convulsões, coma, aumento da pressão arterial, parada cardíaca e degeneração irreversível dos músculos esqueléticos.

❖ ÊXTASE

É comercializado na forma de comprimido, muito utilizado por jovens universitários em “raves” e outros tipos de festas. Seus efeitos podem durar até 8 horas.

A droga causa agitação, mudança de percepção da realidade, desejo de se comunicar, diminuição do apetite, dilatação das pupilas, aceleração dos batimentos cardíacos, aumento da temperatura corporal, rangido de dentes e aumento na secreção do hormônio antidiurético.

Uma das complicações mais curiosas é a da intoxicação por água devido ao excesso de líquido consumido. Pode ocasionar também quadros esquizofreniformes, pânico e depressão.

❖ ANFETAMINAS

São conhecidos como “rebites” ou “bolas”, usados por motoristas que precisam dirigir várias horas, por estudantes que passam noites inteiras

* Referência: Livro informativo sobre drogas psicotrópicas. CEBRID e SENAD.

ANEXO F – Folheto: Diabetes, Hipertensão, Hepatite



GRUPO EDUCATIVO

TEMAS: Diabetes, Hipertensão, Hepatite.*

❖ DIABETES

Diabetes mellitus é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal da glicose ou açúcar no sangue. A glicose é a principal fonte de energia do organismo, mas quando em excesso, pode trazer várias complicações à saúde.

Os principais sintomas são: vontade de urinar diversas vezes; fome freqüente; sede constante; perda de peso; fraqueza; fadiga; nervosismo; mudanças de humor; náusea; vômito.

Para o tratamento é extremamente importante a educação do paciente, o acompanhamento de sua dieta, exercícios físicos, monitoração própria de seus níveis de glicose, com o objetivo de manter os níveis de glicose a longo e curto prazo adequados. Um controle cuidadoso é necessário para reduzir os riscos das complicações a longo prazo.

Quando não tratada adequadamente, causa doenças tais como infarto do coração, derrame cerebral, insuficiência renal, problemas visuais e lesões de difícil cicatrização, dentre outras complicações.

❖ HIPERTENSÃO

A hipertensão arterial (HTA) ou hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças com maior prevalência no mundo moderno e é caracterizada pelo aumento da pressão arterial, medida com esfigmomanômetro ("aparelho de pressão"), tendo como causas a hereditariedade, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo, o estresse e outras.

A hipertensão arterial é considerada uma doença silenciosa, pois na maioria dos casos não são observados quaisquer sintomas no paciente. Quando estes ocorrem, são vagos e comuns a outras doenças, tais como dor de cabeça, tonturas, cansaço, enjôos, falta de ar e sangramentos nasais. Esta falta de sintomas pode fazer com que o paciente esqueça de tomar o seu medicamento ou até mesmo questione a sua necessidade, o que leva a grande número de complicações.

O aumento contínuo da pressão arterial faz com que ocorram danos nas artérias de diversas partes do organismo vivo, principalmente: no coração - o Infarto Agudo do

* Referência: material organizado pela médica clínica do CAPSad.

Miocárdio (IAM), a miocardiopatia e a insuficiência cardíaca; no cérebro - o Acidente vascular cerebral (AVC); nos rins - insuficiência renal; nos olhos - diminuição da visão e problemas na retina.

Embora não exista cura para a Hipertensão Arterial, é possível um controle eficaz, baseado quer na reformulação de hábitos de vida (moderação da ingestão de sal e álcool, aumento na ingestão de alimentos ricos em potássio, prática regular de atividade física, administração do stress; manutenção do peso ideal, minimizar o uso de medicamentos que possam elevar a pressão arterial, como anticoncepcionais orais e antiinflamatórios) quer em medicação, permitindo ao paciente uma melhor qualidade de vida.

❖ HEPATITE

Hepatite é toda e qualquer inflamação do fígado e que pode resultar desde uma simples alteração laboratorial (portador crônico que descobre por acaso a sorologia positiva), até doença fulminante e fatal (mais freqüente nas formas agudas). Existem várias causas de hepatite, sendo as mais conhecidas as causadas por vírus (vírus das hepatites A, B, C, D, E, F, G, citomegalovírus, etc.), outras causas com drogas, distúrbios metabólicos, transinfecçiosa pós-choque. Em comum, todas as hepatites têm algum grau de destruição das células hepáticas.

A grande maioria das hepatites agudas é assintomática ou leva a sintomas característicos como febre, mal estar, desânimo e dores musculares. Hepatites mais severas podem levar a sintomas mais específicos, sendo o sinal mais chamativo a icterícia, conhecida popularmente no Brasil por "trisa" ou "amarelão" e que se caracteriza pela coloração amarelo-dourada da pele e conjuntivas. Associado pode ocorrer urina cor de coca-cola (colúria) e fezes claras, tipo massa de vidraceiro (acolia fecal).

A Hepatite A pode ser prevenida pela higiene e melhorias das condições sanitárias, bem como pela vacinação. Também existe vacina para hepatite B, que é dada em três doses intramusculares e deve ser repetida a cada 10 anos.

A prevenção da Hepatite C é feita evitando-se o uso de materiais cortantes ou agulhas que não estejam devidamente esterilizadas. Recomenda-se o uso de descartáveis de uso único, bem como material próprio em manicures. Não existe vacina para a hepatite C e é considerada pela Organização Mundial da Saúde como o maior problema de saúde pública, é a maior causa de transplante hepático e transmite-se pelo sangue mais facilmente do que a AIDS. A hepatite C é perigosa porque pode cronicar e provocar a cirrose hepática e o hepatocarcinoma, neoplasia maligna do fígado.

Anotações: _____



GRUPO EDUCATIVO

TEMAS: HIV, DST.*

❖ O que é AIDS?

A AIDS é uma doença que se manifesta após a infecção do organismo humano pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, mais conhecido como HIV. Esta sigla é proveniente do inglês - *Human Immunodeficiency Virus*.

Também do inglês deriva a sigla AIDS, *Acquired Immune Deficiency Syndrome*, que em português quer dizer Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

O contágio acontece através de relação sexual (homo ou heterossexual) com pessoa infectada, sem o uso de preservativos; compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente, no uso de drogas injetáveis; transfusão de sangue contaminado pelo HIV; reutilização de objetos perfuro-cortantes com presença de sangue ou fluidos contaminados pelo HIV.

O HIV destrói os linfócitos - células responsáveis pela defesa do nosso organismo -, tornando a pessoa vulnerável a outras infecções e doenças oportunistas, chamadas assim por surgirem nos momentos em que o sistema imunológico do indivíduo está enfraquecido.

❖ O que são DSTs?

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são doenças causadas por vários tipos de agentes. São transmitidas, principalmente, por contato sexual sem o uso de camisinha, com uma pessoa que esteja infectada e, geralmente, se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas.

* Referência: material organizado pela médica clínica do CAPSad.

Algumas DSTs também podem ser transmitidas da mãe infectada para o bebê durante a gravidez ou durante o parto. Podem provocar, assim, a interrupção espontânea da gravidez ou causar graves lesões ao feto.

Outras DSTs podem também ser transmitidas por transfusão de sangue contaminado ou compartilhamento de seringas e agulhas, principalmente no uso de drogas injetáveis

As DSTs são o principal fator facilitador da transmissão sexual do vírus da AIDS, pois feridas nos órgãos genitais favorecem a entrada do HIV.

❖ **Como prevenir?**

O uso de preservativos em todas as relações sexuais é o método mais eficaz para a redução do risco de transmissão, tanto das DSTs quanto do vírus da AIDS. Não compartilhar seringas e outros instrumentos que tenham feito contato com sangue ou fluidos contaminados pelo HIV ou DSTs.

❖ **Como tratar?**

Em primeiro lugar é necessário o diagnóstico através do teste de HIV. E logo após iniciar tratamento com o coquetel de medicamentos que diminui os danos causados pelo HIV no organismo e aumenta o tempo de vida da pessoa infectada. Esse tratamento é gratuito e deve ser buscado nas UBS e centros especializados.

Anotações: _____

ANEXO H – Folheto: Qualidade de Vida



SMS
Secretaria Municipal da Saúde



GRUPO EDUCATIVO

TEMAS: Qualidade de Vida.*

A **qualidade de vida** é um termo empregado para descrever a qualidade das condições de vida levando em consideração fatores como a saúde, a educação, o bem-estar físico, psicológico, emocional e mental, expectativa de vida etc. A qualidade de vida envolve também elementos não relacionados, como a família, amigos, emprego ou outras circunstâncias da vida. (Wikipédia, a enciclopédia livre)

O Grupo de Qualidade de Vida da divisão de Saúde Mental da OMS definiu **qualidade de vida** como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994).

- E para você o que é *qualidade de vida*?
- O que é necessário para se ter qualidade de vida?
- Qualidade de vida é ser feliz? Qual a semelhança ou diferença?
- Você tem qualidade de vida?

Anotações: _____

* Referência: material organizado pelos coordenadores do grupo.

ANEXO I – Folheto: Medicações usadas no tratamento da

Dependência Química



GRUPO EDUCATIVO

TEMAS: Medicações usadas no tratamento da Dependência Química.*

❖ BARBITÚRICOS

Sedativo é o nome que se dá aos medicamentos capazes de diminuir a atividade do cérebro, principalmente quando este está em estado de excitação acima do normal.

Quando um sedativo é capaz de diminuir a dor, recebe o nome de analgésico. Já quando o sedativo é capaz de afastar a insônia, produzindo o sono, é chamado de hipnótico ou sonífero. Existem algumas dessas drogas capazes de acalmar o cérebro hiperexcitado dos epiléticos. São as drogas antiepiléticas, capazes de prevenir as convulsões desses doentes.

Quem utiliza esses barbitúricos tem a atenção e as faculdades psicomotoras prejudicadas; assim fica perigoso operar máquina, dirigir automóvel, etc.

Existem muitas evidências de que os barbitúricos levam as pessoas a um estado de dependência; com o tempo, a dose tem também de ser aumentada, ou seja, há desenvolvimento de tolerância.

❖ TRANQUILIZANTES OU ANSIOLÍTICOS

Existem medicamentos que têm a propriedade de atuar quase exclusivamente sobre a ansiedade e a tensão. Essas drogas já foram chamadas de tranquilizantes, por tranquilizar a pessoa estressada, tensa e ansiosa.

Os maiores exemplos são: diazepam, bromazepam, lorazepam, clordizepóxido.

É importante notar que esses efeitos dos ansiolíticos benzodiazepínicos são grandemente alimentados pelo álcool, e a mistura com essas drogas pode levar ao estado de coma.

Quando usados durante alguns meses seguidos, podem levar as pessoas a um estado de dependência.

❖ ANTIDEPRESSIVOS

É uma substância considerada eficaz na remissão de sintomas característicos da síndrome depressiva, em pelo menos um grupo de pacientes com transtorno depressivo. Algumas substâncias com atividade antidepressiva podem ser eficazes também em transtornos psicóticos.

* Referência: material organizado pela médica clínica do CAPSad.

Há três classes principais: tricíclicos, SSRIs (inibidores da recaptação de serotonina e/ou noradrenalina) e inibidores da enzima MAO.

Os antidepressivos atuam diretamente no cérebro, modificando e corrigindo a transmissão neuro-química em áreas do sistema nervoso que regulam o estado do humor (o nível da vitalidade, energia, interesse, emoções e a variação entre alegria e tristeza), quando o humor está afetado negativamente num grau significativo.

❖ **ANTIPSIKÓTICOS**

Os antipsicóticos se caracterizam por sua ação psicotrópica, com efeitos sedativos e psicomotores. Por isso, além de se constituírem como os fármacos preferencialmente usados no tratamento sintomático das psicoses, principalmente a esquizofrenia, também são utilizados como anestésicos e em outros distúrbios psíquicos. O uso dos antipsicóticos é, hoje, conduta padrão na terapia de psicoses agudas. Vale lembrar que os antipsicóticos não substituem a Psicoterapia ou, até mesmo, uma Socioterapia. Os neurolépticos, uma sub-divisão dentro dos antipsicóticos, foram os primeiros remédios desenvolvidos para o tratamento de sintomas positivos da psicose (alucinações e delírios), por isto são também conhecidos como antipsicóticos típicos. Seus efeitos adversos são caracterizados por um conjunto de sintomas conhecido vulgarmente como impregação ou efeitos extrapiramidais

❖ **ESTABILIZADORES DO HUMOR**

Estabilizadores do Humor são substâncias utilizadas para a manutenção da estabilidade do humor, não sendo essencialmente antidepressivas nem sedativas. Internacionalmente reconhecem-se três substâncias capazes de desempenhar tal papel: o Lítio, a Carbamazepina e o Ácido Valpróico, mais recentemente o Divalproato de Sódio. A indicação exclusiva para Estabilizadores do Humor são os Transtornos Afetivos Bipolares e os Episódios de Mania (Euforia) ou de Hipomania.

❖ **COMPLEXO B/ÁCIDO FÓLICO**

O complexo B é um conjunto de oito vitaminas hidrossolúveis com importante ação no metabolismo celular. Antigamente, pensava-se que as vitaminas do complexo B, como são conhecidas, eram uma só vitamina, chamada de vitamina B. Depois, pesquisas mostraram que elas eram vitaminas quimicamente distintas que coexistem em alguns alimentos.

A carência de ácido fólico é comum em alcoólatras mal-alimentados, em desnutridos crônicos, em pessoas que não consomem vegetais verdes, como espinafre, acelga, brócolis e nas pessoas que se alimentam, principalmente, de comidas industrializadas. A carência de ácido fólico, junto com a carência de vitamina B12, pode levar as pessoas a sentirem vertigens, cansaço, perda de memória, alucinações e fraqueza muscular.

GRUPO EDUCATIVO

TEMA LIVRE: SUS e CAPS

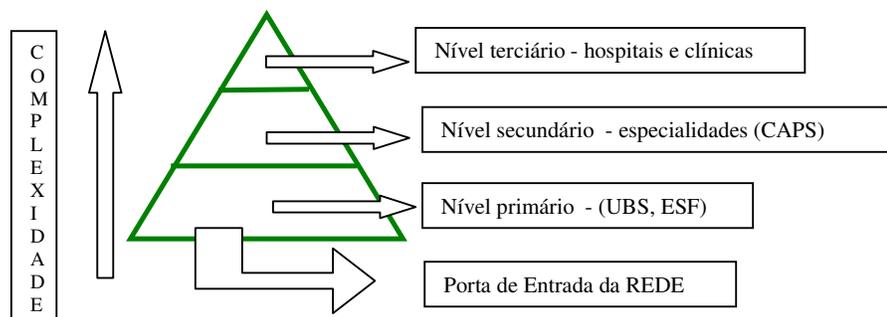
❖ SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990, pela necessidade de atender o apelo da população e cumprir com o que manda a Constituição Federal quando diz que a saúde é dever do Estado, direito da população e compromisso conjunto da sociedade. O movimento social que propiciou esta reflexão chama-se Reforma Sanitária.

O SUS foi criado e é regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde: Lei 8080/90 e Lei 8142/90. Seus princípios básicos são: integralidade (ações continuadas), participação e controle social, universalidade (acesso de todos), equidade (respeito às diferenças), resolutividade (eficiência), intersetorialidade (serviços integrados), humanização (vínculo equipe x população) e descentralização (poder e responsabilidade dividida).

A administração se dá por leis e normas federais, ações estaduais, porém o gerenciamento de recursos é feito pelo município (saúde municipalizada). O financiamento dos recursos é feito por verba federal, complementada por verba estadual e municipal. Outro aspecto importante a ser considerado é a formação da Rede de Saúde, que deve ser municipal, integrada e territorializada (próxima à comunidade).

Esta rede está dividida em 3 níveis de atenção, que funcionam de maneira integrada, para que o paciente possa circular na rede de acordo com o seu problema.



Embora o SUS tenha sido bem planejado, atualmente enfrenta grandes problemas práticos, que para serem resolvidos devem priorizar a prevenção, a educação em saúde, a capacitação das equipes, valorização e investimentos dos serviços e maior envolvimento da comunidade.

❖ CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial surgiram pela demanda da Reforma Psiquiátrica Brasileira que lutava por um tratamento mais humanos aos doentes mentais. Assim, em 1986 foi criado o 1º CAPS em São Paulo inspirado em uma experiência de um serviço de saúde mental de uma cidade gaúcha, mas foi somente com a Portaria GM 224/92 que os CAPS foram criados. Atualmente os CAPS são regulamentados pela Portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 e fazem parte do SUS.

Existem CAPS que atendem diferentes populações: CAPSi (infantil), CAPS 1 (transtornos mentais), CAPS 2 (adultos, transtornos mentais) CAPSad (dependentes químicos) e CAPS 3 (24h, com leitos).

Os CAPS são um serviço de saúde aberto (sem internação) e comunitário, referência em Saúde Mental, que atende a população da sua área de abrangência, substituindo a internação psiquiátrica. Os principais objetivos são: atendimento diário, reinserção social, dar suporte à rede de saúde municipal, oferecer cuidado eficiente e personalizado. O acesso ao serviço se dá por procura espontânea, encaminhamentos de UBS's e ESF's, Fórum, Conselho Tutelar e outros serviços.

O CAPS deve oferecer atividades individuais, grupais, para a família, comunitárias, assembléias, visitas domiciliares, através de tratamentos intensivos, semi-intensivos e não-intensivos. E para isso deve contar com espaço físico, equipe e recursos adequados.

❖ CAPSad

O CAPS – álcool e outras drogas atende pessoas com transtornos decorrentes do uso nocivo e da dependência de Substâncias Psicoativas, sob uma perspectiva individualizada e resolução contínua. Sua instalação se dá em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

Deve contar com uma equipe multidisciplinar formada por: 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 clínico-geral, 4 profissionais de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, pedagogo ou educador físico) e 6 profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem). Também deve possuir de 2 a 4 leitos.

Atualmente, o CAPSad de Gravataí tem registrado 3000 usuários, realizando em média (por mês): 136 acolhimentos, 136 consultas com técnico de referência, 143 consultas psiquiátricas, 22 consultas psicológicas, 17 consultas com terapeuta ocupacional, 69 consultas de clínico-geral, 25 oficinas e grupos. Possui 25 leitos para internação em Comunidade Terapêutica, e realiza 9 diferentes grupos (familiar, terapêutico, terapêutico noturno, oficina de criatividade, educativo, preventivo de recaídas, oficina de fuxico para mulheres, assembléia e de tabagismo).

Anotações: _____

ANEXO L – Atividades



GRUPO EDUCATIVO - Atividades

1. Assinale (F) para FALSO e (V) VERDADEIRO

- As drogas são classificadas da seguinte maneira: depressoras, estimulantes e perturbadoras.
- As drogas depressoras deixam a pessoa triste e deprimida.
- A cocaína e o crack são exemplos de drogas estimulantes.
- As drogas perturbadora alteram as sensações, como a maconha, o LSD e o êxtase.
- O uso intenso e constante do cigarro aumenta a probabilidade de ocorrência de pneumonia, câncer, infarto do miocárdio, bronquite crônica, enfisema pulmonar, derrame cerebral, úlcera digestiva.
- Sabe-se que a aspiração repetida crônica dos solventes pode levar à melhora no desempenho intelectual, melhora do humor, e não causa nenhum efeito em órgãos do corpo.
- Nos primeiros momentos do uso do álcool podem aparecer os efeitos estimulantes, como euforia, desinibição. Em seguida, surgem os efeitos depressores, como falta de coordenação motora, descontrole e sono. Quando o consumo é exagerado, pode até mesmo gerar um estado de coma.

2. Complete as frases com as palavras abaixo

Estimulantes	aspirado	8 horas	crack	mente vapor
	comprimido	psicotrópicas	maconha	bronquites
	laboratório	pó		Anfetaminas

- Drogas _____ são aquelas que atuam sobre nosso cérebro, alterando de alguma maneira nosso psiquismo (nossa _____: o que sentimos, fazemos e pensamos).
- A cocaína chega até o consumidor sob forma de _____, que é solúvel em água e serve para ser _____ ou usado de modo intravenoso. Já _____ o, apresenta aspecto de “pedra” e é utilizado quando aquecido sob forma de _____.
- É comercializado na forma de _____, muito utilizado por jovens universitários em “raves” e outros tipos de festas. Seus efeitos podem durar até _____.
- _____ são conhecidos como “rebites” ou “bolas”. São drogas fabricadas em _____.
- Drogas _____, aumentam a atividade de nosso cérebro, ou seja, estimulam o funcionamento fazendo com que o usuário fique “ligado”.
- Numa fase mais crônica, os efeitos da _____ são de maior gravidade como: _____, diminuição da capacidade de gerar filhos.

ANEXO M – Avaliações do Grupo Educativo



SMS
Secretaria Municipal da Saúde



GRUPO EDUCATIVO AVALIAÇÃO FINAL

Nome: _____ Nºprontuário: _____

Associe as colunas:

Crack

Álcool

HIV

Hepatite

SUS

CAPS

PREVIDÊNCIA SOCIAL

DEPENDÊNCIA QUÍMICA

() Sua ingestão provoca diversos efeitos em 2 fases: estimulante e depressora.

() Sistema de proteção social que assegura o sustento do trabalhador e sua família, quando ele não pode trabalhar por motivo causa de doenças, acidente, gravidez, prisão, morte e velhice.

() Foi criado em 1990, para cumprir o que diz a Constituição Federal: a saúde é dever do Estado, direito da população e compromisso conjunto da sociedade.

() Droga apresentada sob forma de pedra e é utilizada quando aquecida sob forma de vapor.

(). É toda e qualquer inflamação no fígado, causada por vírus (tipo A, B, C,...) ou outras causas como drogas, distúrbios metabólicos, transfusão de sangue, entre outros.

() Surgiram pelo movimento da Reforma Psiquiátrica que lutava pelo tratamento mais humano aos doentes mentais.

() Tem causa biológica, psicológica e sociocultural.

() É o Vírus da Imunodeficiência Adquirida, causador da AIDS.

Escolha uma droga estudada em grupo e escreva sobre ela (qual, quais efeitos, como se apresenta, quais outros problemas associados, etc.):

Escolha outro tema apresentado em grupo, que você achou interessante, e escreva sobre ele:

AVALIAÇÃO DO GRUPO EDUCATIVO

O que você achou do GRUPO EDUCATIVO?

Você considera o GRUPO EDUCATIVO importante? () SIM () NÃO. Por quê?

Você sugere outros temas?

Você gostaria que houvesse outro módulo para continuar participante?

Avalie pelos conceitos

	Bom	Regular	Ruim
Coordenadores			
Material didático			
Espaço físico			
Temas escolhidos			
Apresentação e estudo dos temas			
Convidados			

COMENTÁRIOS:
