



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

MARIA DE FÁTIMA ALVES AGUIAR CARVALHO

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

SALVADOR
2016

MARIA DE FÁTIMA ALVES AGUIAR CARVALHO

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de doutora. Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de Pesquisa Mulher, Gênero e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Jeane Freitas de Oliveira

SALVADOR

2016

Modelo de ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA para ser confeccionada pelo autor

Alves Aguiar Carvalho, Maria de Fátima
Integralidade do Cuidado na Atenção Psicossocial /
Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho. -- Salvador,
2016.
163 f. : il

Orientadora: Edméia de Almeida Cardoso Coelho.
Coorientadora: Jeane Freitas de Oliveira.
Tese (Doutorado - Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da UFBA) -- Universidade Federal da Bahia,
Escola de Enfermagem, 2016.

1. Integralidade em saúde. 2. Acolhimento. 3.
Cuidado. 4. Usuários de drogas. 5. Profissionais de
saúde. I. de Almeida Cardoso Coelho, Edméia. II.
Freitas de Oliveira, Jeane. III. Título.

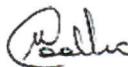
MARIA DE FÁTIMA ALVES AGUIAR CARVALHO

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

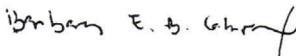
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Doutora em Enfermagem na área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração e Saúde”, linha de pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”.

Aprovada em 27 de outubro de 2016

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Edméia de Almeida Cardoso Coelho 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Ana Tereza Medeiros da Silva 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Paraíba

Profª Drª Bárbara Eleonora Bezerra Cabral 
Doutora em Psicologia e Professora da Universidade Federal do Vale do São Francisco

Profª Drª Mirian Santos Paiva 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Profª Drª Adriana Valeria da Silva Freitas 
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo à minha amada família, minhas filhas Ana e Iza e ao meu esposo Juscelino, pelo amor, carinho e compreensão desse tempo escasso de convivência.

AGRADECIMENTOS

Cada pessoa que passa em nossa vida passa sozinha e não nos deixa só porque deixa um pouco de si e leva um pouquinho de nós.

Charlie Chaplin (s/d)

A caminhada até a defesa de uma tese é longa e algumas pessoas tiveram participação especial neste percurso. É para essas pessoas que dirijo minha gratidão e carinho:

As/aos profissionais do CAPSad, pelo carinho, abertura e disponibilidade para participar, compartilhar e contribuir com o desenvolvimento desta pesquisa, mostrando-me a importância do trabalho que desenvolvem e que me permitiram momentos de reflexão e aprendizado.

Aos/as usuários/as do CAPSad, por aceitarem compartilhar e generosamente dividir suas dúvidas, suas tristezas, suas alegrias e seus momentos de superação.

Às mulheres da família Aguiar, por todo amor e incentivo e até mesmo pelas orações que me fortaleceram nos momentos mais desafiadores.

À minha Coorientadora, professora Jeane Freitas de Oliveira, pela orientação, aprendizado e incentivo na conclusão desse trabalho.

Às Professoras Ana Tereza de Medeiros, Bárbara Eleonora Bezerra Cabral, Mirian Santos Paiva, Adriana Valéria da Silva Freitas e Maria Geralda Gomes Aguiar pelas valorosas contribuições nos exames de qualificação e defesa.

Às companheiras do Grupo de Pesquisa Saúde Reprodutiva, Gênero e Integralidade do Cuidado, pela convivência, troca de experiências e pela força nos momentos de dificuldade. Em especial, as queridas Rosália, Andiara, Sarah e Nayara.

A minha irmã espiritual de longa jornada Margaret Olinda, que sempre esteve ao meu lado torcendo por meu sucesso.

Às/ao colegas de doutorado pela oportunidade de convivência e aprendizado: Andreia, Elenilda, Iranete, Luana, Silvana e Valdenir.

Às minhas amigas e companheiras de colegiado da UNIVASF, em especial Michelle Christini, Fátima Brandão, Sued Sheila e Lucimara, por todo o apoio de sempre.

À aluna de Residência em Saúde Mental da UNIVASF, Ana Karla da Silva Freire, pela preciosa colaboração durante o desenvolvimento das oficinas. Obrigada Karlinha!

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), por me conceder a bolsa de doutorado.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia coordenador, professoras e funcionárias/os por estarem sempre disponíveis a ajudar.

À Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) por facilitar a concretização desse sonho, concedendo o meu afastamento das atividades docentes pelo período necessário.

Finalizando, ao Mestre Supremo e aos espíritos de Luz aos quais recorri inúmeras vezes através de orações e que me mantiveram com firmeza necessária para conseguir chegar ao fim desta caminhada.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À professora Edméia de Almeida Cardoso Coelho

Por ter me acompanhado na construção desta Tese com sabedoria, paciência, ética, responsabilidade, competência, incentivo, amizade, pelo seu jeito compreensivo, carinhoso e firme no momento oportuno. Agradeço por ter o privilégio de desfrutar do seu conhecimento, sua companhia e seu compromisso. Muito do que sou hoje, aprendi com você! Vou levar para minha vida pessoal e docente todos os seus ensinamentos. Você é um exemplo! Obrigada por tudo!

RESUMO

CARVALHO, Maria de Fátima Alves Aguiar. **Integralidade do Cuidado na Atenção Psicossocial**. 2016. 163 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas pressupõe que pessoas apresentam diferentes grau de envolvimento com a droga, havendo diversos padrões de uso, que devem ser respeitados e valorizados no planejamento das ações na perspectiva da integralidade. A integralidade se traduz em atitudes de acolhimento, com escuta sensível e confiança, capaz de produzir relações de respeito entre usuários/as e profissionais, com formação de vínculo e acesso aos serviços nos diversos níveis de atenção. Esta pesquisa teve como objetivo geral conhecer o cuidado vivenciado por usuários/as e profissionais em um CAPSad sob o enfoque da integralidade e, específicos: discutir experiências de cuidado a partir de quem o vivencia, sob o enfoque da integralidade e analisar as experiências de cuidado sob os fundamentos da integralidade como potencializadora de subjetividades. Caracteriza-se como pesquisa qualitativa desenvolvida em um CAPSad da região do Submédio São Francisco, Pernambuco, na qual participaram 14 usuários/as e nove profissionais, que atenderam aos critérios de inclusão. O material empírico foi produzido no ano de 2015 por meio de quatro oficinas de reflexão, duas com cada grupo específico de participantes e observação como técnica complementar, com registro em diário de campo. O *corpus* foi analisado pela técnica de análise do discurso, tendo Integralidade como categoria analítica. As normas da Resolução 466/12 foram atendidas em todas as etapas da pesquisa. Os resultados evidenciam que no CAPSad relações de confiança são sustentadas por vínculos consistentes que caracterizam processos terapêuticos como resolutivos, capazes de devolver a pessoas a valorização de si, por meio da reconstrução da autoestima e elaboração de estratégias de resistência para lidar com as drogas em circunstâncias que as tornam vulneráveis. A integralidade está incorporada ao cuidado na atenção psicossocial no CAPSad, foco da pesquisa, todavia, é dificultada por não ser garantido suporte à continuidade de relações terapêuticas em outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial, retardando pleno êxito. As práticas de cuidado no CAPSad caminham com ações acolhedoras que qualificam a relação em um contexto favorável a reconstrução da autonomia e da cidadania de pessoas, com responsabilização por toda a equipe.

Palavras-chave: Integralidade em saúde; Acolhimento; Cuidado periódico; Usuários de drogas; Profissional de saúde

ABSTRACT

CARVALHO, Maria de Fátima Alves Aguiar. **Integrity of care in care psychosocial**. 2016. 163 sheets. Thesis (PhD). Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2016.

Attention Policy Comprehensive Alcohol and Drug Users assumes that people have different degree of involvement with the drug, with different patterns of use, which should be respected and valued in the planning of actions in the perspective of comprehensiveness. The integrity translates into embracement attitudes with sensitive listening and trust, capable of producing relations of respect between users and the professionals, with bond formation and access to services in the various levels of care. This research aimed to know the care experienced by users / as and professionals in a CAPSad under the approach of integrity and specific: to discuss care experiences from those who experience it, from the standpoint of integrity and analyze care experiences under the foundations of integrity as potentiator of subjectivities. It is characterized as a qualitative research developed in CAPSad Submiddle region of San Francisco, Pernambuco, attended by 14 users and the nine professionals who fulfilled the inclusion criteria. The empirical material was produced in 2015 by four reflection. workshops, two with each specific group of participants and observation as a complementary technique, journaling field. The corpus was analyzed by analysis technique of speech, and Completeness as an analytical category. The rules of Resolution 466/12 were fulfilled at all stages of the research. The results show that the CAPSad trusts are supported by consistent linkages that characterize therapeutic processes as resolute, able to return the people to value themselves through the reconstruction of self-esteem and the development of coping strategies to deal with drugs in circumstances that make them vulnerable. The integrity is incorporated into care in psychosocial care in CAPSad, research focus, however, is hampered by not being guaranteed support continuity of therapeutic relationships in other parts of Psychosocial Care Network, delaying full success. Care practices in CAPSad walk with cozy actions that qualify the relationship in a context favorable to the concept of autonomy and citizenship of people with responsibility for the entire team.

Keywords: Integrity in health; User embracement; Periodic care; Drug users; Healthcare professional

RESUMEN

CARVALHO, Maria de Fátima Alves Aguiar. **Integralidad del cuidado en el cuidado psicosocial**. 2016. 163 hojas. Tesis (doctorado). Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahia, Salvador, 2016.

Política de Atención Integral de Alcohol y Drogas Usuarios asume que las personas tienen diferente grado de implicación con la droga, con diferentes patrones de uso, que deben ser respetados y valorados en la planificación de acciones en la perspectiva de la integralidad. La integralidad se traduce en actitudes de acogida con la escucha sensible y confianza, capaz de producir relaciones de respeto entre los usuarios y / los profesionales, con formación de enlaces y el acceso a los servicios en los diferentes niveles de atención. Esta investigación tuvo como objetivo conocer la atención experimentada por los usuarios / as y profesionales en un CAPSad bajo el enfoque de la amplia y específica: para hablar de experiencias de atención de aquellos que lo experimentan, desde el punto de vista de la integridad y analizar experiencias de atención bajo los cimientos de la integridad como potenciador de las subjetividades. Se caracteriza por ser una investigación cualitativa desarrollada en una región de CAPSad Submédio San Francisco, Pernambuco, al que asistieron 14 usuarios / los nueve profesionales que cumplieron con los criterios de inclusión. El material empírico fue producido en 2015 por cuatro talleres de reflexión, dos con cada grupo específico de participantes y la observación como técnica complementaria, campo en diario. El corpus se analizó mediante la técnica de análisis de discurso, e integridad como categoría analítica. Las reglas de la Resolución 466/12 se encontraron en todas las etapas de la investigación. Los resultados muestran que los fideicomisos CAPSad son apoyados por vínculos constantes que caracterizan a los procesos terapéuticos como decidida, capaz de devolver a la gente a valorarse a sí mismos a través de la reconstrucción de la autoestima y el desarrollo de estrategias de afrontamiento para hacer frente a las drogas en las circunstancias que los hacen vulnerables. La integralidad se incorpora a los cuidados en la atención psicosocial en CAPSad, foco de la investigación, sin embargo, se ve obstaculizada por la continuidad del apoyo no está garantizado de relaciones terapéuticas en otras partes de la red de atención psicosocial, lo que retrasa el éxito completo. prácticas de atención en CAPSad pie con las acciones acogedoras que califican la relación en un contexto favorable para el concepto de la autonomía y la ciudadanía de las personas con la responsabilidad de todo el equipo.

Palabras clave: Integralidad en salud; Acolhimento; cuidado periódico; los consumidores de drogas; Profesional de la salud

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Rede de Atenção Psicossocial.....	39
Figura 2 a 11	Representação simbólica produzida por usuário/a.....	60
Figura 12 a 20	Representação simbólica produzida por profissional.....	61

LISTA DE SIGLAS

AP - Atenção Primária

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEO - Centro de Especialidade Odontológica

CETAD - Centro de Estudo e Terapia do Abuso de Drogas

CID 10 - Código Internacional de Doenças

CR - Consultório na Rua

CNSM - Conferência Nacional de Saúde Mental

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

GT - Grupo Terapêutico

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MTSM - Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

MS - Ministério da Saúde

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

NASF - Núcleo de Apoio ao Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Pan-americana de Saúde

PAIUAD - Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas

PTS - Projeto Terapêutico Singular

PET - Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde

PRD - Programa de redução de Danos

RAU - Rede de Atendimento às Urgências

RAPS - Rede de Apoio Psicossocial

RD - Redução de Danos

RP - Reforma Psiquiátrica

SAMU - Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SENAD - Secretaria Nacional de Álcool e outras Drogas

SPA - Substancia Psicoativa

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido

TR - Técnico de Referência

UBS - Unidade Básica de Saúde

UA - Unidade de Atendimento

UNIVASF - Universidade Federal do Vale do São Francisco

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	17
2.	FENÔMENO DO USO DE DROGAS E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL	21
2.1.	USO DE DROGAS E ASPECTOS LEGAIS	21
2.2.	COMPREENSÕES SOBRE O USO DE DROGAS E A SAÚDE MENTAL	24
3.	POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS QUE USAM DROGAS NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA	26
3.1.	CONTEXTUALIZANDO O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA	26
3.2.	REDUÇÃO DE DANOS NA PRODUÇÃO ÉTICA DO CUIDADO NO CAPSAD	30
4.	ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO CAPSAD: BUSCANDO O CUIDADO SINGULAR	33
4.1.	CONCEPÇÕES FILOSÓFICAS, ÉTICAS E TÉCNICAS DO CUIDADO	33
4.2.	REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: TECENDO PONTOS DE ATENÇÃO PARA INTEGRALIDADE DO CUIDADO	38
5.	METODOLOGIA	41
5.1.	CATEGORIA ANALÍTICA: INTEGRALIDADE	41
5.2.	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	46
5.3.	LOCAL DO ESTUDO	46
5.4.	PARTICIPANTES DO ESTUDO	49
5.5.	TÉCNICAS PARA PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	51
5.5.1.	Oficina de reflexão	51
5.6.	ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	62
5.7.	ASPECTOS ÉTICOS	64
6.0	RESULTADOS	65
6.1.	ACOLHIMENTO COMO DIMENSÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO A PESSOAS QUE USAM DROGAS	66

6.2	CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL POTENCIALIZANDO SUBJETIVIDADES	84
6.3	DESARTICULAÇÃO DA REDE PSICOSSOCIAL COMPROMETENDO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO	101
6.4	TRABALHO COLABORATIVO EM EQUIPE FORTALECENDO A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	115
7.0	CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
	REFERÊNCIAS	135
	APÊNDICES	142
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pessoa usuária	142
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do profissional	145
	APÊNDICE C - Ficha de identificação das pessoas usuárias de drogas	148
	APÊNDICE D - Roteiro da 1ª oficina de reflexão/ pessoas usuárias	149
	APÊNDICE E - Roteiro da 2ª oficina de reflexão/pessoas usuárias	151
	APÊNDICE F - Ficha de identificação do profissional	153
	APÊNDICE G - Roteiro da 1ª oficina de reflexão/ profissional	154
	APÊNDICE H - Roteiro da 2ª oficina de reflexão/ profissional	156
	ANEXOS	158
	ANEXO A - Termo de confidencialidade e sigilo da pesquisadora	158
	ANEXO B - Termo de confidencialidade e sigilo da orientadora	160
	ANEXO C - Carta de anuência da Secretaria de Saúde	162
	ANEXO D - Parecer de aprovação do Comitê de Ética	163

1 INTRODUÇÃO

Cada um de seus momentos é algo novo que se junta ao que havia antes. Vamos mais longe: não é algo novo, mas algo imprevisível.

Bérgson (1907)

Nos últimos quarenta anos, a Reforma Psiquiátrica vem se consolidando, a partir de políticas públicas amparadas por legislações específicas, estabelecendo uma rede assistencial substitutiva à lógica manicomial. A rede de atenção à saúde mental é formada por diferentes dispositivos, com a possibilidade de um cuidado orientado pelo princípio da integralidade e da Atenção Psicossocial (OLIVEIRA et al., 2012).

A Reforma vem superando a lógica de cunho medicocentrada e inserindo um novo estatuto social em Saúde Mental, sobretudo, para pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas. Essas, por muito tempo, tiveram suas questões delegadas às instituições de justiça, segurança pública, benemerência e associações religiosas, sem ocupar o devido espaço como problema de Saúde Pública. Com isso, produziu-se historicamente uma importante lacuna nas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2005a).

A Atenção Psicossocial, que a princípio se referia somente a aspectos sociais e psíquicos secundários à prática psiquiátrica, consolida-se como estratégia do modelo assistencial, caracterizando-se como diretriz da reforma psiquiátrica brasileira. Assume assim, papel preponderante por direcionar a construção de novas práticas e serviços em Saúde Mental. É norteada pela integralidade das ações de cuidado no território, horizontalização das relações profissionais/usuários/as e construção de uma ética da autonomia e de singularização de pessoas. Enfatiza-se ainda que deva possuir como premissas a intersectorialidade nas práticas desenvolvidas e a desinstitucionalização de usuário/a aos serviços (COSTA-ROSA, 2013).

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) se insere nesse contexto de mudanças e se propõe a prestar cuidado a pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas com base no acolhimento e na estratégia de Redução de Danos (RD) (BRASIL, 2004a).

A RD proporciona uma alternativa ao modelo moral, criminal e de doença tradicional, seu diferencial consiste no fato de desviar a atenção do uso de drogas em si para as

consequências ou para o comportamento, avaliados se podem ser prejudiciais ou não (BRASIL, 2005b).

A Política de RD busca minimizar os efeitos danosos do uso, privilegiando a pessoa e sua saúde, permitindo fugir da posição de derrota e impotência que nos coloca a ideologia da abstinência (BRASIL, 2004a). Essa lógica reconhece que as pessoas não têm o mesmo grau de envolvimento com a droga, havendo diferentes padrões de uso, que devem ser respeitados e valorizados no planejamento das ações de promoção, prevenção e proteção da saúde na concepção da integralidade (BRASIL, 2004b).

Na perspectiva da integralidade, o acolhimento se expressa na tríade que potencializa encontros: acolhimento, escuta qualificada e vínculo. O acolhimento é o dispositivo intercessor, que visa à produção de relações de escuta e formação de vínculos, que se reverberam na constituição de compromissos, com base no cuidado compartilhado entre os serviços de saúde e demais dispositivos comunitários, facilitando o acesso em todos os níveis de atenção. Deve estar presente em todos os encontros, desde o primeiro contato da pessoa no sistema de saúde até a atenção resolutive com resposta adequada a sua demanda (OLIVEIRA et al., 2012).

Assim, a integralidade se constrói no conjunto das práxis de profissionais, que desafia a repensar saberes/fazer e conformações de serviços de saúde, indo ao encontro de práticas transformadoras no sentido da vida, da valorização dos espaços públicos onde se estabelecem relações cotidianas. É importante entender que o modo como o processo de cuidado é configurado por profissionais pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade (PINHEIRO et al., 2012).

Waldow (2014) define o processo de cuidar como atividades desenvolvidas pelo/a cuidador/a para e com a pessoa cuidada, com base em conhecimento científico, habilidades, intuição, pensamento crítico e criatividade. Engendradas por comportamentos e atitudes de cuidado no intuito de promover, manter e recuperar sua dignidade, constituindo-se em um processo de transformação de ambos, de quem cuida e quem é cuidado.

Peduzzi (2010) defende que o cuidado requer que cada integrante da equipe de saúde busque conjugar as ações desenvolvidas e coloque em evidência as conexões e os nexos entre as intervenções realizadas. Nessa lógica, considera imprescindível que profissionais isolados/as não darão conta de atender às demandas apresentadas, defendendo a inter/transdisciplinaridade a uma condição fundamental para o alcance da integralidade.

O cuidado em Saúde Mental requer o fortalecimento de vínculos afetivos, o estreitamento de laços sociais e a melhora da autoestima das pessoas. Essa perspectiva respalda-se em propostas reflexivas e flexíveis, que não tenha a abstinência como a única meta viável e

possível, mas, a possibilidade de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção.

No âmbito da atenção a pessoas que usam droga, um dos desafios de profissionais é compreender a tríade relacional, pessoa/substância/contexto social, considerando que a droga não tem uma ação fisiológica simples e não atua do mesmo modo em todos/as que a utilizam. Seus efeitos variam dependendo da fisiologia, dos aspectos subjetivos de quem as consome, do estado em que se encontram e da situação social na qual ocorre a ingestão da substância. Portanto, pode ser inofensiva ou apresentar riscos, assim como, pode assumir padrões de utilização disfuncionais, com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais (BECKER, 1976).

No CAPSad são oferecidas atividades diversas, que reinserem usuários/as na comunidade e resignificam cidadania. A equipe é composta por profissionais de categorias diversas e de diferentes níveis de formação, que integram uma equipe multi/interprofissional, como: enfermeiro/a, médico/a, psicólogo/a, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo/a, farmacêutico/a, professor/a de educação física entre outro/as. De nível médio incluem: técnico/a e/ou auxiliar de enfermagem, técnico/a administrativo, educador/a, artesão/ã e auxiliar de serviços diversos (BRASIL, 2004b).

Considerando que integralidade abrange diferentes dimensões, sustentamos aqui, sem deixar escapar a riqueza expressa em sua polissemia, o sentido de atenção à saúde, que se traduz no cuidado capaz de produzir relações de acolhimento e respeito, com atitudes sensíveis de escuta, confiança, pertença, tratamento digno, nas quais se dá a devida consideração às necessidades de usuários/as, promovendo modos de agir em saúde comprometidos com a qualidade da assistência e produção de vida (PINHEIRO et al., 2012; AYRES et al., 2012).

Na realidade em que atuei como enfermeira junto a pessoas que usavam drogas, em uma clínica psiquiátrica privada, organizada sob o modelo tradicional, conheci uma prática baseada na lógica tecnicista e na racionalidade meramente organicista e instrumental. Mais tarde, como docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), inserida em atividades de ensino e extensão sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica, participei do processo de implantação dos primeiros CAPS nos municípios das macrorregiões de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, aliada às atividades docentes, em que o cuidado à pessoa que usa drogas já tinha em suas bases a perspectiva da redução de danos e da superação de um modelo que negava a singularidade da pessoa.

A perspectiva da integralidade do cuidado, presente na minha prática docente, também norteou minhas atividades como tutora do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde, PET Saúde Mental/Álcool e outras Drogas, em que atuei no período 2010 a 2014,

desenvolvendo ações educativas em quatro escolas públicas, com alunos/as do ensino fundamental e médio.

Pude perceber as contradições entre as proposições de políticas públicas e a realidade ao longo de minha prática profissional e, no momento de ampliação e reestruturação dos CAPSad e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), as experiências de cuidado colocam-se como prioridade para pesquisa em CAPSad, reforçando meu interesse em conhecer vivências do cuidado na perspectiva de quem cuida e de quem é cuidado, na tentativa de oferecer subsídios para explicar aspectos que fragilizam ou potencializam a integralidade do cuidado.

Partimos do pressuposto de que a integralidade está incorporada ao cuidado no CAPSad, atendendo aos princípios da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas. Todavia, seu alcance é limitado, por não ser garantido na Rede de Atenção Psicossocial o suporte à continuidade de relações terapêuticas, retardando o pleno êxito do cuidado e comprometendo a integralidade.

Diante desse pressuposto, tivemos como questão de pesquisa:

- Como a integralidade se expressa no cuidado vivenciado por pessoas usuárias de drogas e profissionais de saúde em CAPSad?

Para responder a essa questão, o estudo teve como objetivos:

Objetivo Geral

Conhecer o cuidado vivenciado por pessoas usuárias de drogas e profissionais em um CAPSad sob o enfoque da integralidade

Objetivos Específicos

- Discutir experiências de cuidado a partir de quem o vivencia, sob o enfoque da integralidade.
- Analisar as experiências de cuidado sob os fundamentos da integralidade como potencializadora de subjetividades.

No nosso estudo, adotamos subjetividade na perspectiva guattariana, por acreditar que a atenção psicossocial é um campo fértil para sua produção. Para o autor, (...) a subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo. Ela é produzida e modelada no registro do coletivo e da sociedade, através de mecanismos e estratégias diversas, que definem os modos de existência regulados pelas leis, verdades e crenças que produzem formas de vida (GUATTARI, 1992).

2 FENÔMENO DO USO DE DROGAS E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Pessoas sempre utilizaram drogas, pelos motivos mais diversos, nas circunstâncias mais variadas, e não há razões para supor que deixarão de fazê-lo.

Simões (2008)

Este capítulo está dividido em duas seções. A primeira, “Uso de drogas e aspectos legais” tece inicialmente abordagens conceituais sobre drogas, discorrendo sobre mudanças no padrão de uso, os quais destacam uma reflexão sobre a emergência e a lógica constitutiva do proibicionismo. O segundo “Compreensões sobre o uso de drogas e a saúde mental” apresenta classificações de padrões de uso segundo o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) e a classificação internacional de doenças (CID).

2.1 USO DE DROGAS E ASPECTOS LEGAIS

A origem do termo “droga” é bastante controversa na literatura. Considera-se que seja proveniente do holandês medieval *droog*, que significa folhas secas. Advém da época das grandes navegações, de mercadorias asiáticas, sobretudo “especiarias”, produtos de origem vegetal, como: canela, açafrão, pimenta, gengibre, cânhamo e ópio, cuja cultura só era possível nos países com climas distintos daqueles da Europa (ALARCON; JORGE, 2012).

Escohotado (2005) esclarece que, antes das leis repressivas, a definição admitida para o termo droga era a grega *Phármakon*, substância que compreende ao mesmo tempo um remédio e um veneno. Essa ambiguidade nociva/benéfica será determinada pela dose, ocasião para a qual é utilizada, grau de pureza, condições de acesso à substância e pelas concepções culturais relacionadas ao uso.

As drogas têm acarretado complexas interrelações entre substâncias, sujeitos e contextos socioculturais, implicando para sua compreensão considerar-se diversos aspectos da vida cotidiana de diferentes sociedades. Nesse sentido, Romaní (2007, p.120) salienta que:

Cuándo hablamos de drogodependencia no hablamos sólo, o principalmente, de los efectos farmacológicos de una o varias sustancias sobre un individuo, sino de un conjunto más o menos articulado (constructo sociocultural) de procesos de

identificación, de reconstrucción del yo, de estrategias de interacción y de negociación del rol, etc. Es decir, de todo un entramado dinámico que, junto con muchos otros elementos relacionales, psicológicos y culturales, contribuye a la construcción del sujeto, y le va orientando en su existencia, aunque en estos casos sea a través de conflictos básicos de su vida. Por lo que sabemos hasta ahora, está claro que el uso de ciertos fármacos pueden contribuir a precipitar, coadyuvar, fijar, contrarrestar, etc. distintos elementos de estos procesos; pero, como hemos aprendido a través de la propia práctica clínica, el papel de lo farmacológico no puede presentarse como el factor causal de las drogodependencias, tal como se ha tenido a hacer de manera simplista desde el modelo biomédico, sino articulado con los demás elementos que configuran la drogodependencia.

Drogas não são somente compostos químicos com propriedades farmacológicas específicas, classificadas socialmente como boas ou ruins. Envolvem questões complexas, que permeiam sofrimento e prazer, devoção e aventura, transcendência e conhecimento, sociabilidade e crime, moralidade e violência, comércio e guerra. Isso nos reporta a modos particulares de compreensão e experimentação, sujeitos a regularidades e padrões, mas também a variações e mudanças (SIMÕES, 2008). No senso comum, “significam substâncias psicoativas ilícitas (maconha, cocaína, crack, heroína, LSD, ecstasy, etc.), cujo uso é tido necessariamente como abusivo e que são alvo dos regimes de controle e proibição” (SIMÕES, 2008, p. 14).

Ao longo da história houve mudanças nos padrões de consumo acarretadas por diversos fatores: desenvolvimento econômico e tecnológico da indústria fármaco-química; migrações internacionais (trazendo diferentes costumes e formas de uso de drogas para o ocidente); surgimento de novos grupos, classes sociais; crise nas formas de controle social; reorganização racional do trabalho industrial, contribuindo para uma sociedade de vida racional, materialista, normatizadora, voltada para o consumo de produtos e serviços (ROMANÍ, 2007).

No Brasil, a Política Antidrogas Repressiva foi institucionalizada a partir de 1921, com o decreto lei nº 4.294, que criou delegacias especializadas na busca, identificação, captura e encarceramento dos “traficantes” e “toxicômanos”. Porém, foi a criação da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), pelo decreto lei nº 780/36, que cristalizou a criminalização. Essa comissão inaugurou uma nova fase na luta contra as drogas, reunindo representantes do Ministério Público, das forças armadas e das autoridades policiais (ADIALA, 1986).

Em 1998 o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) - anteriormente denominado Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) - implantou a Secretaria Nacional Antidrogas

(SENAD), vinculada à Casa Militar da Presidência da República. A SENAD (hoje Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas) foi estruturada nos moldes do programa americano antidrogas, cuja diretriz política e ideológica era o combate às drogas, principalmente, aos que faziam uso dela (DUARTE, 2011).

Norteada pela proibição, a guerra às drogas se renova constantemente, “psicoativos novos e antigos continuam sendo produzidos, comercializados e usados, dando provas da mobilidade dos grupos dedicados ao tráfico que escapam ou se (re) adequam às sempre reeditadas políticas repressivas” (RODRIGUES, 2008, p. 102).

Criada no intento de regular os impasses dos psicoativos ilícitos, a Lei 10.409/02, haveria de ser inovadora e completa, dispondo sobre prevenção, tratamento, fiscalização, controle e repressão à produção, uso e ao tráfico das substâncias, visando substituir a Lei 6.368/76. Entretanto, diante de muitos vetos apostos pelo presidente da república, em razão de manifestas impropriedades nela contidas, a pretendida substituição não se viabilizou (MARONNA, 2011).

Em outubro de 2006, entra em vigor a Lei 11.343/06, que revogou as duas anteriores (Lei 6.368/76 e a Lei 10.409/02), passando a ser a nova lei brasileira em matéria de drogas (BRASIL 2006). Essa nova lei é nova apenas no tempo, pois não traz qualquer alteração substancial, sendo somente mais uma dentre as legislações, dos mais diversos países que, reproduzem os dispositivos proibicionistas e criminalizadores. Conforma-se com intervenção do sistema penal sobre produtores, distribuidores e consumidores das selecionadas substâncias psicoativas e matérias-primas para sua produção que, em razão da proibição, são qualificadas de drogas ilícitas (KARAM, 2008).

As drogas assumiram na sociedade contemporânea uma preocupação central no debate público, principalmente por sua representação unilateral como perigo para a saúde pessoal e coletiva e por sua associação imediata com a criminalidade e a violência urbana. Esse viés da ameaça à saúde, à juventude, à família e à ordem pública, que ainda organiza em grande parte a discussão sobre o tema, promove uma distorção decisiva, já que tende a atribuir à existência de “drogas” o sentido universal de encarnação do mal e a tratá-lo como um problema conjuntural que poderia ser definitivamente eliminado por meio da proibição e da repressão (SIMÕES, 2008).

2.2 COMPREENSÕES SOBRE O USO DE DROGAS E A SAÚDE MENTAL

O comportamento do uso/abuso de drogas é dinâmico e com padrões que dependem de fatores extremamente complexos. Não podemos deixar de considerar que há experimentadores/as, que fazem uso esporádico, com nenhum impacto sobre sua vida e saúde e usuários/os recreativos/as, que utilizam a droga repetidas vezes, mas de forma controlada, sem ou com poucas alterações psicológicas e sociais (ALARCON; BELMONTE; JORGE, 2012).

Todavia, para a Saúde Mental, a classificação quanto ao padrão de uso é mais complexa. Considera-se abuso o padrão de consumo que aumenta o risco de consequências danosas e está caracterizado na 4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2002), endossado na 10ª Revisão de Classificação Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 2008), relacionando os seguintes comportamentos:

- Uso recorrente resultando em fracasso em cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa;
- Uso recorrente em situações nas quais isso representa perigo físico;
- Problemas legais recorrentes relacionados à substância;
- Uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância.

Em um nível mais comprometedor, há a dependência, vocábulo de origem latina que significa *dependere*, ou seja, estar intrinsecamente ligado a algo ou alguém, no caso à droga. A dependência ocorre quando o consumo é compulsivo, o comportamento da pessoa está fundamentalmente voltado para o impulso de ingerir a droga, continuamente ou periodicamente, com a finalidade de obter um estado de alteração da consciência (OMS, 2008). Configura-se em um vínculo desequilibrado que a pessoa desenvolve com a substância psicoativa, estabelecendo sinais que caracterizam a síndrome da dependência. É um fenômeno multifacetado, que exige um olhar para o sujeito em diferentes fases da sua vida, dentro de um contexto onde pode fazer o uso de uma ou várias substâncias lícitas, ilícitas ou ambas (SILVA, 2011).

De acordo com o CID-10 (OMS, 2008) a dependência é considerada doença e para seu diagnóstico é necessário atender pelo menos três ou mais das seguintes condições:

- Desejo forte ou compulsão para consumir a substância;
- Dificuldade de controlar o comportamento de consumo da substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- Síndrome de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido. Os sintomas da síndrome da abstinência são específicos para cada substância e pessoa;
- Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
- Abandono progressivo de outros prazeres em função do uso da substância.

Já o mais recente DSM V (2013), versão americana, difere do CID-10, quando um abuso e dependência em transtornos do uso de substâncias, podendo se classificar em leve, moderado e grave (ARAÚJO; LOTUFO NETO, 2014). Essas devem ser compreendidas como um conjunto de procedimentos que envolvem uma equipe multi/interprofissional para fornecer atendimentos clínicos, suportes sociais e psicoterapia.

Todavia, ressalta-se que pessoas que usam drogas não são semelhantes pelo fato de usarem o mesmo tipo de droga ou obterem a mesma classificação. Os efeitos podem ser quimicamente parecidos, porém são socialmente diferenciados, com sentidos diversos. Dependem de variações fisiológicas e psicológicas de quem as consomem e do contexto social na qual ocorre a ingestão. Quando uma pessoa ingere uma droga, o conhecimento que ela tem sobre a mesma influencia a maneira como a usa, a maneira como interpreta seus efeitos e responde a eles e a maneira como lida com as consequências da experiência (BECKER, 1976).

O autor ressalta, ainda, que os efeitos estão relacionados à dose e à frequência, dependendo também da via de administração (oral, inalação, intramuscular ou intravenosa). Os efeitos adversos das drogas diminuem à medida que aumenta seu uso e o conhecimento entre os/as consumidores/as, que se comunicam entre si, usando a experiência para regular a dosagem e, conseqüentemente, os efeitos indesejáveis.

3 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS QUE USAM DROGAS NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Imagine-se agora um homem a quem são tirados, junto com seus entes queridos, sua casa, seus costumes, suas vestes, tudo enfim, literalmente tudo o que possui; será um homem vazio, reduzido a sofrimento e carência, alheio à dignidade e ao discernimento; pois a quem tudo perdeu, facilmente ocorre perder a si mesmo.

Pe. Levi (1966)

Este capítulo contextualiza o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira e a consolidação do seu processo, possibilitando uma ruptura com o modelo tradicional da psiquiatria organicista. Prossegue mostrando as transformações nas políticas assistenciais embasadas por esse movimento, com um novo direcionamento para a saúde mental, a partir da implantação dos primeiros Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial; culmina com a legitimação da Política de Atenção Integral às Pessoas Usuárias de Drogas. Na segunda parte, explora alguns desdobramentos da redução de danos, até seu reconhecimento como estratégia de cuidado na saúde mental.

3.1 CONTEXTUALIZANDO O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A reforma psiquiátrica ocorre em consonância com os referenciais teóricos da reforma sanitária, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e participação de trabalhadores/as e usuários/as dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005a).

Pretende a desconstrução do modelo assistencial, baseado no paradigma biomédico dos transtornos mentais, centrado no hospital psiquiátrico, para possibilitar condições de um novo estatuto social a pessoas com transtornos mentais. A pretensão não é acabar com o tratamento clínico, mas eliminar os efeitos danosos da prática de institucionalização (ALARCON; BELMONTE; JORGE, 2012).

Há duas fases a considerar no processo da reforma psiquiátrica: 1978 a 1991 - caracterizada pela crítica ao modelo hospitalocêntrico; 1992 aos dias atuais - que se destaca

pela implantação e implementação de uma rede de serviços extra-hospitalares (BRASIL, 2005b).

As primeiras mobilizações do movimento social pelos direitos das pessoas com transtornos mentais em nosso país surgiram no final da década de 70 do século XX. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), formado por trabalhadores/as do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, associações profissionais e pessoas com histórico de internações psiquiátricas, combinando reivindicações trabalhistas e discurso humanitário, alcançou grande repercussão e, posteriormente, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta (TENÓRIO, 2002).

O MTSM protagoniza denúncias da violência nos manicômios, mercantilização da *loucura*, hegemonia da rede privada de assistência e constrói coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005a).

A década de 80 do último século foi marcada por encontros relevantes para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, como a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), em 1987, que recomenda a priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais, como oposição à tendência hospitalocêntrica. Evento também relevante foi o II Congresso Nacional do MTSM, realizado no final do mesmo ano, em Bauru-SP, no qual se formaliza o Movimento de Luta Antimanicomial, adotando o lema "Por uma sociedade sem manicômios". As discussões provocadas culminaram em uma série de experiências inovadoras de intervenção junto às pessoas que passam pela experiência de *loucura* e/ou sofrimento psíquico, agora chamadas usuários/as dos serviços de saúde mental (em lugar de pacientes), com participação de seus familiares nas discussões, encontros e conferências (TENÓRIO, 2002).

O autor ainda destaca a criação dos primeiros Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) em São Paulo. Nascidos em meio ao processo de redemocratização do país, como parte das conquistas, buscava a humanização da assistência e denunciava a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado a pessoas com problemas mentais e por uso de drogas.

Os primeiros NAPS no município de Santos-SP e o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na cidade de São Paulo, constituíram-se em experiências de grande repercussão no cuidado em saúde mental (BRASIL, 2005b).

Legalmente não se distingue um serviço do outro, porém, a realidade da reforma aponta algumas diferenças significativas entre os serviços. O NAPS não trabalha com uma limitação

numérica de pessoas, tem funcionamento de emergência durante 24 horas e uma estrutura mínima de leitos, que o difere do CAPS (TENÓRIO, 2002).

Para o autor, os NAPS e CAPS pioneiros tornaram-se exemplos de que o problema da *loucura* poderia ter outra resposta social, entendida como uma solução extra-hospitalar, desmontando a lógica da internação como único ou mais representativo recurso, de modo a permitir às pessoas com transtornos mentais e com problemas decorrentes do uso de drogas, se manterem na sociedade e circularem pelos espaços sociais.

No início da década de 90, estimulados pelo Projeto de Lei Paulo Delgado que tramitava no Congresso, os movimentos sociais aprovam as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, assim como as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005b).

A política do MS para a saúde mental, nesse período, acompanhando os princípios da reforma psiquiátrica, começa a definir seus contornos. CAPS/NAPS foram institucionalizados, ainda que de forma incipiente, a partir das portarias 189/1991 e 224/1992. A primeira instituiu os procedimentos e dispositivos de atenção em saúde mental custeados por verba pública (a importância dela está em que, até então, não havia a possibilidade de remuneração e incentivo públicos a outras modalidades de assistência que não as tradicionais em ambulatório e hospitais) e a segunda aperfeiçoou a regulamentação dos serviços e tipificou as unidades da rede de assistência (BRASIL, 1991; BRASIL, 1992).

Nesse contexto, é importante mencionar a II Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) realizada em dezembro de 1992. Constituída a partir da mobilização de milhares de pessoas e de diferentes segmentos sociais, políticos e culturais - nas conferências municipais, regionais e estaduais, contou com o significativo percentual de 20% dos delegados representantes de usuários/as dos serviços e de seus familiares. O relatório final, publicado pelo MS, foi adotado como diretriz para a reestruturação da política de saúde mental no Brasil (BRASIL, 1994).

O fenômeno relacionado aos transtornos por uso de drogas, até então identificado pela psiquiatria organicista e medicocentrada como transtorno mental e, por isso, tratado como tal dentro dos hospitais, manicômios e ambulatórios psiquiátricos, não ocupa a devida atenção como problema de saúde pública.

Ressalta-se que o texto da Lei Federal 10.216 (lei da reforma psiquiátrica), que formalizou a Política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde em todas as Unidades

Federativas e redirecionou a assistência em saúde mental, nada definiu em relação à Política de Atenção a Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2001).

Todavia, na III CNSM, ocorrida logo em seguida, em dezembro de 2001, foi discutida e solicitada à urgência de implantação de Políticas Públicas de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhecendo o uso prejudicial de substâncias psicoativas como importante problema da saúde pública, merecedor de uma política específica, situada no campo da saúde mental, e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos, conforme texto do relatório final:

Na construção da política de saúde mental é fundamental garantir que o Ministério da Saúde defina políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que deverão ser baseadas no respeito aos direitos humanos, nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. É fundamental, também, garantir que o SUS se responsabilize pelo atendimento dos usuários de álcool e drogas e, ao mesmo tempo, não reduzir esta questão a uma problemática exclusiva da saúde. Com esta perspectiva, é necessária a criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas integrada à rede do SUS, que evite a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas à sua internação (BRASIL, 2002a, p. 60).

O texto reafirmou propostas e apontou estratégias para efetivar e consolidar o modelo de atenção a pessoas usuárias de drogas, assegurando o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e considerando o seu caráter multifatorial, não reduzindo essa questão a uma problemática exclusiva do sistema de saúde, mas ampliando a outros setores (BRASIL, 2002a).

Em resposta à Conferência, a portaria 336/GM, publicada em fevereiro de 2002, coerente com as recomendações da III CNSM e com a lei 10.216, estabeleceu normas e diretrizes para as organizações que prestavam assistência em saúde mental no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definindo os CAPS como:

Instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004b, p. 9).

Já a Portaria SAS/189, de março de 2002, regulamentou a Portaria 336/02, criando a rede especializada para atenção às pessoas usuárias de álcool e outras drogas na esfera do SUS, propondo:

A criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial - CAPSad, dispositivo assistencial de comprovada resolutividade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplam a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a essa atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde (BRASIL, 2004b, p.25).

O CAPSad tem como objetivo promover a reabilitação de pessoas com transtornos por uso de drogas, dentro da lógica de redução de danos (RD), através de ações intersetoriais que envolvam trabalho, cultura, lazer e educação popular, acionando a rede de serviços de saúde existente no território (VALÉRIO, 2012).

Mais recentemente, já em 2010, a IV CNSM/ Intersetorial, propôs avaliar a política e as ações em curso, a partir das recomendações da política implementada. O reconhecimento da direção de uma construção de trabalho em rede necessariamente intersetorial já se destaca desde o título da conferência: ampliava-se a problemática de álcool e outras drogas como desafio não apenas para a saúde, mas também para as políticas intersetoriais, confirmando-se assim a responsabilidade do Estado na construção de efetivas redes de cuidado (BRASIL, 2010).

Culminando com o processo de implementação das ações, a Portaria 3.088/2011 instituiu as seis modalidades de CAPS de acordo com as especificidades, complexidade e abrangência populacional: CAPS I, II, III, CAPSad, CAPSad III e CAPS infantil. Qualquer município acima de 70.000 habitantes pode pleitear a implantação do CAPSad. Para os menores, está prevista a atenção na modalidade que estiver disponível no município (BRASIL, 2011).

3.2 REDUÇÃO DE DANOS NA PRODUÇÃO ÉTICA DO CUIDADO

A Redução de Danos (RD) se configura como estratégia de saúde pública que visa controlar as consequências negativas associadas ao consumo de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, sem, necessariamente, interferir na oferta ou consumo, respeitando a liberdade de escolha, buscando inclusão social e cidadania de pessoas com problemas por uso de drogas, em seus contextos de vida, como um modo de atuar clínico com efeitos terapêuticos eficazes (BRASIL, 2005a).

Pretende superar a lógica de cunho medicocentrada, atuando, efetivamente a partir do conceito ampliado de saúde, discutindo e delineando praticas na perspectiva do desenvolvimento sustentável, tal como a felicidade e as relações humanas, a cidadania e a coletividade, trazendo essa discussão para dentro do serviço de saúde.

Nessa perspectiva, a RD não pretende fazer com que a pessoa interrompa o uso da droga ou que nunca a experimente. Seu objetivo não é acabar com o consumo, mas conhecer como o mesmo é realizado, atenuando riscos e danos à saúde (PETUCO, 2011).

A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) a define como:

Políticas e programas que tentam principalmente reduzir, para os usuários de drogas, suas famílias e comunidades, as consequências negativas relacionadas à saúde, a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento (BRASIL, p. 2004a).

As primeiras práticas relacionadas à RD empregadas no uso de droga estão relacionadas a duas vertentes. A primeira ocorreu na Inglaterra, em 1926, respaldada pelo Relatório Rolleston, documento que estabelecia direitos aos médicos para a prescrição de opiáceos às pessoas usuárias de substâncias psicoativas, como uma forma de ajudá-las a levar uma vida produtiva (ALARCON; JORGE, 2012).

A outra nasceu na Holanda, na década de 70, diante do desafio do Governo em estabelecer uma política de drogas que superasse o fracasso dos países vizinhos - todos atrelados à repressão à oferta e consumo. Sugeriu-se, como política pública mais adequada ao momento, a legalização da *cannabis*, passando a sua posse e uso considerado apenas uma ofensa menor, por ser declarada uma droga leve (ALARCON, BELMONTE; JORGE, 2012).

Mas, o conceito de RD começou a ser utilizado com frequência na década de 80, para lidar com os problemas decorrentes da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) entre pessoas usuárias de drogas injetáveis (VALÉRIO, 2012).

Como estratégias plausíveis, países da Europa reconheceram a necessidade de implementar programas, objetivando reduzir o risco de transmissão do HIV e disseminação das hepatites virais, principalmente entre pessoas usuárias de drogas injetáveis. O primeiro programa de troca de seringas foi proposto pela “Junkiebond de Amsterdam”, uma organização de autoajuda que se caracteriza, essencialmente, pela participação direta das pessoas envolvidas na busca de soluções para os seus problemas (LIMA, 2013).

Em 1989, em Santos-SP, houve a primeira tentativa brasileira com RD; em função de ser uma experiência inovadora, arcou com algumas consequências. Algumas pessoas foram

processadas pelo artigo 12 da antiga lei de drogas, o mesmo artigo que definia os crimes de tráfico, ou seja, fazer RD na época era tido como crime semelhante ao crime de traficar drogas (PETUCO, 2011).

Em 1995, é criado o primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) em Salvador, como um projeto de pesquisa e extensão da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, por meio do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). Provavelmente por isso tenha conseguido se solidificar, se manter e servir de modelo para outros estados (VALÉRIO, 2012).

Incentivado por essa e outras experiências, o Ministério da Saúde inseriu oficialmente no SUS a Redução de Danos (RD) como política estratégica no âmbito da saúde pública, tendo como eixo inicial um conjunto de práticas voltadas para a prevenção da Aids e das hepatites virais em grupos estigmatizados, vulneráveis à transmissão dos vírus pelo compartilhamento das agulhas e seringas contaminadas durante a prática do uso injetável de drogas (PETUCO, 2011).

Essa política, posteriormente, passou a ser utilizada com maior intensidade no desenvolvimento de ações preventivas e na promoção de saúde junto a usuários/as de drogas, em espaços institucionalizados e em abordagens de rua (NIEL; SILVEIRA, 2008).

A Portaria nº 1.028 de 2005 do Ministério da Saúde regulamentou as ações de RD sociais e à saúde, em decorrência do uso de substâncias psicoativas (SPAs), legitimando-a como estratégia de tratamento às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, que não querem ou não conseguem interromper o uso, objetivando reduzir os riscos e danos associados (BRASIL, 2005b).

Trabalhar nessa lógica requer o entendimento de risco e danos de maneira ampla, evitando impor definições demasiadamente restritas. A abordagem deve ser acolhedora, sem moralismo e centrada num trabalho comunitário que, embora possa propor novos padrões e modos de uso, reconheça a importância da escala de valores do/a usuário/a e de seu saber sobre drogas (MACRAE; GORGULHO, 2003). Reconhece-se, assim, a liberdade individual na busca do seu próprio bem-estar, inclusive o direito das pessoas ao consumo de drogas.

4 ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: BUSCANDO O CUIDADO SINGULAR

Que estranho personagem, então, é o cuidado! Ele não é o Ser, mas sem ele não há Ser; ele não é a matéria nem o espírito, mas sem ele a matéria não está para o espírito nem o espírito para a matéria; ele é uma dádiva do tempo, mas o tempo deve a ele sua existência. [...] cada parte só ganha sentido numa totalidade e a totalidade tem seu sentido imediato e radicalmente dependente de cada uma de suas partes.

Ayres (2004)

Este capítulo contempla duas seções. A primeira, “Concepções filosóficas, éticas e técnicas do cuidado” apresenta o cuidado em seus aspectos multidimensionais à nova proposição a partir do Movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica; em seguida o cuidado em Saúde Mental e na atenção às pessoas que usam drogas. A segunda parte “Rede de Atenção Psicossocial: articulando pontos de atenção para integralidade do cuidado” destaca a organização e a constituição da rede psicossocial por pontos de articulação nos diversos níveis de atenção.

4.1 CONCEPÇÕES FILOSÓFICAS, ÉTICAS E TÉCNICAS DO CUIDADO

O ser humano se expressa no processo de cuidar e ser cuidado, que se fundamenta na interação a partir da comunicação, envolvendo respeito, responsabilidade e toda a complexidade de determinantes no seu desenvolvimento. É uma relação mútua de ajuda, de crescimento e autorrealização, pautada pelo afeto e respeito ético moral (AYRES, 2004).

Ayres (2006, p. 56-57) define o cuidado filosoficamente como:

Uma sabedoria prática que, em estreita relação com saberes tecnocientíficos, quer fazer das ações de saúde a busca de êxitos técnicos imediatamente entendidos como sucessos práticos, isto é, como o desenvolvimento de ações instrumentais subordinadas a escolhas compartilhadas de modos de vida julgados desejáveis, adequados e corretos. Há que se buscar, portanto, junto das finalidades técnicas das práticas de saúde, mas transcendendo sua condição de estrita produção de objeto (os produtos do trabalho em saúde), a antecipação, escolha e negociação de uma vida boa, ou seja, do melhor possível a fazer diante do projeto de felicidade que se coloca em questão naquele momento.

Para Boff (2004) cuidar é mais que um ato, é uma atitude. É uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e envolvimento afetivo com o outro. O cuidado revela-se a partir do momento em que se percebe a essência de todas as coisas; ao se descobrir a finalidade de viver, percebe-se a necessidade de zelar e de se preocupar com o outro.

O cuidado é entendido por Waldow (2014b) como uma forma de viver, de ser e de se expressar. É uma postura ética e estética que o ser assume frente ao mundo, um compromisso com o estar-no-mundo contribuindo com o bem-estar geral, com a preservação da natureza, com a promoção das potencialidades, suas e dos/as outros/as. Há diferentes maneiras de cuidar, que variam de intensidade, dependendo da situação e modo como nos envolvemos com a pessoa, motivo de atenção do cuidado.

No contexto da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, a proposição de cuidado foi instruída por duplo interesse: demanda de atenção integral à saúde e necessidade de práticas mais humanizadas para atendê-la. Isso na tentativa de fazer aparecer pessoas, onde antes havia apenas objetos (doenças, órgãos afetados, funções alteradas e ações limitadas), de promover o diálogo, onde havia apenas monólogo dirigido pelo/a profissional, de integrar em totalidade o que estava disperso em fragmentos (AYRES, 2011).

A construção tecnicista do cuidado decorre da visão reducionista na saúde, operada na fragmentação da pessoa, sem atender à perspectiva da integralidade. Tal lógica centrada no modelo biomédico, limita o cuidado a técnicas intervencionistas que isolam a pessoa de modo passivo, tratando-a como objeto receptor de protocolos de condutas normatizadoras (MORAIS et al., 2011).

Entende-se que cuidar de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele, há que se estabelecer uma relação e criar vínculos. A atitude de cuidar não pode ser vista como simples tarefa das práticas de saúde, precisa se expandir para a totalidade das reflexões e intervenções (AYRES, 2011).

A compreensão dessa relação interpessoal usuário/a/profissional inclui a preocupação de saber escutar a subjetividade do/a outro/a, aliada ao atendimento das suas necessidades. Embora apresente diversas nuances e interpretações, o cuidado aponta, basicamente, para um tipo de relação que inclui o acolhimento, a visão e a escuta num sentido global, em que a pessoa emerge em sua especificidade, pertencente a um determinado ambiente sociocultural que não pode ser excluída do seu contexto (PINHEIRO; MATTOS, 2004).

No âmbito da Saúde Mental, inspirado no movimento da Reforma Psiquiátrica, o cuidado transcende a técnica terapêutica, em seu sentido tradicional, incluindo ações de natureza política, objetivando rever preconceitos e envolvendo procedimentos socializantes a

serem desenvolvidos pela integração da equipe multiprofissional, compreendendo que não só médico faz a clínica, mas todos/as profissionais de saúde a fazem, em prol de um cuidado resolutivo (COSTA- ROSA, 2013).

À procura de uma teoria para fundamentar o novo cuidado em Saúde Mental, que contemplasse o território e as relações que nele habitam, sem, contudo, desprender-se do conceito de clínica da medicina hipocrática e atual, incorporam-se adjetivos adequados às intenções da Reforma Psiquiátrica. Assim, surgem os conceitos “Clínica Psicossocial”, “Clínica Ampliada”, “Clínica do Território” e “Clínica da Reforma” (RABELO et. al., 2006).

Ainda assim, esses termos propostos não são suficientes para englobar tudo que se pretende no cuidado em CAPS. Após essas ressalvas conceituais, adota-se Clínica da Atenção Psicossocial ou Clínica do Território, sendo intrínsecas, em tais conceitos, ações acolhedoras, técnicas, políticas e socializantes (RABELO et al., 2006).

A Atenção Psicossocial se tornou a Política adotada pelo Ministério, a partir dos movimentos de crítica à Psiquiatria e as experiências positivas dos CAPS, por considerar que as questões em Saúde Mental não são estritas ao campo da Psiquiatria, mas perpassam várias áreas. As contribuições dos primeiros CAPS são consideradas um marco fundamental da construção do ideário das práticas da Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2013).

Nas práxis, o CAPSad obedece a mesma filosofia das outras modalidades, viabilizando recursos terapêuticos diversos, na busca da prática da integralidade. Para isso, propõe como atividades (BRASIL, 2004b):

- Atendimento individual - adequação da modalidade de acordo com as demandas da pessoa (intensivo, semi-intensivo ou não intensivo), consultas (médicas, psicológicas, enfermagem, serviço social, entre outras).
- Atendimentos grupais - a rigor qualquer procedimento socializante é considerado grupal, como oficinas, grupos operativos e grupos terapêuticos.

Diferenciamos aqui os tipos de atendimentos grupais, segundo Rabelo et al. (2006): grupos operativos - se assemelham às oficinas por elegerem sempre uma tarefa, o instrumento é a fala e a estratégia é a atividade a ser executada; grupo terapêutico: oferece alternativa clínica e visa reduzir os atendimentos individuais, objetiva a autoavaliação, a estratégia é a promoção, prevenção, redução dos danos e riscos resultando na melhor qualidade de vida; oficina: é um grupo operativo cujo instrumento é um produto material físico.

- Atendimento para a família: pode ser nuclear e a grupo de familiares, incluem visitas domiciliares, atividades de lazer e orientações.

- Assembleias: atividades grupais importantes para o funcionamento dos CAPS como lugar de convivência. Momento que deve reunir profissionais, usuários/as, familiares, voluntários/as e visitantes interessados/as, para juntos discutirem e avaliarem a proposta do cuidado e proporem encaminhamentos para o serviço.
- Atividades comunitárias ou extramuros: desenvolvidas em conjunto com a rede de apoio existente na comunidade, objetivam promover as trocas sociais, a integração do serviço e do/a usuário/a com a família, a comunidade e a sociedade.

Esses recursos devem ser adequados a cada pessoa, respeitando-se as particularidades, personalizando o atendimento na unidade e fora dela e propondo atividades durante a permanência no serviço, segundo suas necessidades. Para isso, é necessário que todas essas atividades estejam inseridas no Projeto Terapêutico Singular (PTS) do/a usuário/a.

O PTS, conhecido anteriormente por Projeto Terapêutico Individual (PTI) “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um indivíduo ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2007, p. 40). A substituição dos termos “individual” por “singular” parte do princípio que o projeto deve ser direcionado para grupos ou famílias e não somente para a pessoa.

A singularidade decorre da interação entre fatores coletivos e individuais, resultando em especificidades. O singular é o contexto situacional, produto do encontro entre pessoas em um contexto organizacional, cultural, político e social, onde fatores biológicos, psicológicos e socioeconômicos influenciam na constituição dos modos de vida das pessoas. Assim, o desafio do cuidado consiste em identificar essa variabilidade e propor projetos singulares adequados a cada necessidade demandada.

A fim de assegurar a eficácia no processo do cuidado, Mângia et al. (2006) propõem alguns eixos norteadores a serem considerados na elaboração do PTS: ênfase na pessoa em seu contexto; parceria equipe-usuário/a; articulação com os recursos existentes no território nas ações a serem executadas; construção compartilhada com definição de metas e prazos a serem acordados.

No CAPSad, as modalidades de cuidado variam de acordo com as necessidades de cada pessoa, assim como as respostas dadas ao tratamento (BRASIL, 2004b):

- **Intensivo** - atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra em situação de crise ou dificuldades no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua;

- **Semi-Intensivo** - nessa modalidade o/a usuário/a pode ser atendido até 12 dias no mês, pois geralmente melhoram os relacionamentos, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe;
- **Não intensivo**: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês.

O CAPSad veio preencher a lacuna do não reconhecimento do problema das drogas como questão de saúde pública, favorecendo exercício da cidadania e da inclusão social de pessoas e de suas famílias, elegendo como principais atribuições (BRASIL, 2012; MOTA; RONZANI, 2013):

- Prestar cuidado diário a usuários/as do serviço;
- Desintoxicar usuários/as que não necessitam de atenção hospitalar;
- Oferecer hospitalidade noturna e diurna a usuários/as do serviço em situação de crise por até 14 dias (CAPSad III);
- Cuidar dos familiares de usuários/as do serviço;
- Reintegrar socialmente a pessoa, quando necessário, utilizando recursos intersetoriais como educação, cultura, lazer e esporte;
- Trabalhar o estigma/preconceito referente ao uso da droga.

A proposta é o cuidado para além da lógica organicista e tecnicista, com valorização do potencial de saberes de cada um/a. Complementar a isso, deve oferecer atividades implementadas pelos grupos operativos, oficinas terapêuticas, assembleias entre outros dispositivos estratégicos (RABELO et al., 2006).

Além disso, possibilita aos/as usuários/as participação e autonomia na elaboração do seu projeto terapêutico. Com isso, abrem-se várias possibilidades de intervenção, sendo possível propor melhores formas de cuidar com a participação das pessoas envolvidas. Mas, entendemos que não é tarefa fácil lidar com diferenças, conflitos, afetos e poderes na equipe, implicando em aprendizado coletivo. Portanto, faz-se necessária a criatividade e flexibilidade profissional, a partir do que é demandado pelas pessoas (CABRAL, 2011).

Embora possa vislumbrar todas essas possibilidades, Mota (2011) destaca a insuficiência dos CAPS diante da demanda para atendimento. Ainda que tenha a função de regular a porta de entrada da rede de assistência em Saúde Mental em compartilhamento com a Atenção Primária, uma quantidade considerável de pessoas não consegue ter acesso ao serviço. De acordo com o autor, a atuação do CAPSad na articulação da rede também é questionável,

pois se encontra desarticulado dos diversos serviços que seriam fundamentais na complementaridade do cuidado integral, tais como Equipes da Estratégia Saúde da Família, hospitais de referência e dispositivos socioassistenciais. Com isso, a oferta de cuidado torna-se pontual e insuficiente para responder à amplitude do problema.

4.2 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: ARTICULANDO PONTOS DE ATENÇÃO PARA INTEGRALIDADE DO CUIDADO

O Brasil é referência no cenário internacional pelo desenvolvimento de uma Política Nacional centrada na superação da lógica manicomial, por meio da substituição do hospital psiquiátrico por uma rede de base comunitária e territorial, centrada na garantia do cuidado em liberdade e do exercício de cidadania. Esses progressos ficaram evidenciados na avaliação realizada em seminário organizado pela Plataforma Global de Saúde Mental (GULBENKIAN, 2015).

A Rede de Atenção Psicossocial tem como objetivos: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Está organizada por pontos de atenção que lhes dão sustentação (BRASIL, 2011), articulados nos seguintes componentes:

- Atenção primária (AP): ESF; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Consultório na Rua (CR); atenção residencial de caráter transitório e centros de convivência e cultura;
- Atenção psicossocial especializada: CAPS, nas suas diferentes modalidades;
- Atenção de urgência e emergência: SAMU (serviço de atendimento médico de urgência); sala de estabilização; UPA (unidade de pronto atendimento) 24 Horas; pronto socorro e unidade básica de saúde;
- Atenção residencial de caráter transitório: unidade de acolhimento; serviços de atenção em regime residencial;
- Atenção hospitalar: enfermaria especializada em hospital geral; serviço hospitalar de referência;

- Estratégias de desinstitucionalização: serviços residenciais terapêuticos, Programa de Volta pra Casa, comunidades terapêuticas, suporte comunitário e familiar;
- Reabilitação psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

A figura 1 representa as relações da Rede de Atenção Psicossocial, articuladas pelos pontos de atenção, que envolve ações de promoção, prevenção e reabilitação.

Figura 1

Rede de Atenção Psicossocial



Fonte: Brasil, 2011

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) conta com mais de 2.300 CAPS, nos quais trabalham mais de 30.000 profissionais, com 700 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 39.228 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 3.898 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 129 equipes de Consultório na Rua (CnR), que asseguram a ampliação e qualificação das ações de saúde mental, álcool e outras drogas na atenção básica, além da inclusão das Rede de Atenção às Urgências (RAU) e na atenção em hospital geral (BRASIL, 2015).

A complexidade e amplitude das questões apontaram para a necessidade de integrar essa rede aos serviços de Atenção Primária (AP), definida como porta de entrada do sistema de saúde, tendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma das principais articuladoras desse

processo. Com isso, o modelo de atenção proposto torna-se descentralizado, com oferta de serviços no território, mais próximos das residências das pessoas. Entretanto, na prática, ainda não se visualizam ações concretas nesse sentido, evidenciando-se a não clareza quanto à coordenação da RAPS, ocorrendo inclusive a sobreposição de papéis nos serviços de AP e CAPS (HIRDES, 2013).

Yasui (2006) entende por território o local da vida das pessoas, que incluem elementos que ultrapassam a natureza geográfica adscrita como área de atuação do serviço. Diz respeito ao espaço onde se estabelece toda rede de relações existenciais na comunidade, onde a vida cotidiana acontece, dando sentido ao lugar habitado. Esse território apresenta-se como novo espaço do cuidado.

Essa rede não é somente um conjunto de serviços interligados, mas espaços de conceber e agir cuidado, com caráter diversificado e territorial, fundamentada numa perspectiva de integralidade, com práticas investigativas e compreensivas, voltadas para a complexidade própria do ser humano, buscando responder às demandas das pessoas (CABRAL, 2011).

É importante, no entanto, refletirmos sobre a funcionalidade dessa rede. Segundo Spedo (2010) e Hirdes (2013), os entraves são encontrados na organização e articulação dos serviços, como também na implementação das políticas públicas de saúde de uma forma geral, que reproduzem obstáculos comuns a diferentes níveis do sistema de saúde. Esses pontos fragilizados, desarticulados e burocratizados da rede repercutem diretamente na qualidade da atenção nos CAPS, impossibilitando o exercício da integralidade do cuidado.

5 METODOLOGIA

A realidade é socialmente construída e o saber é uma construção do sujeito, mas não desligada da sua inserção social.

Arruda (2002)

Tendo em vista o caráter qualitativo do estudo e os objetivos que se pretendeu alcançar, elegemos Integralidade como categoria de análise das experiências de cuidado vivenciadas por usuários/as e profissionais em CAPSad. A escolha deu-se por reconhecer a atenção psicossocial como espaço privilegiado de sua materialização, à medida que se processa em relações intersubjetivas, que objetivam acolhimento, escuta, vínculo e responsabilização, articulados com a construção de projetos terapêuticos singulares comprometidos com as necessidades das pessoas.

5.1 CATEGORIA ANALÍTICA: INTEGRALIDADE

A integralidade é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988. O texto constitucional, na verdade, fala em "atendimento integral", não utilizando a expressão integralidade (BRASIL, 1988), definida legalmente, como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados nos níveis de complexidade do sistema.

A sociedade reconhece e manifesta em sua constituição a relevância pública das ações e serviços de saúde quando delinea um sistema único, integrado pelas ações e serviços públicos de saúde, mas podendo participar, em caráter complementar, instituições privadas. Esse sistema estaria organizado em três diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Entendemos, no entanto, que o texto constitucional foi somente uma ferramenta, num processo mais amplo de discussões na área da saúde. Vê-se, assim, que a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. É uma "bandeira de luta", que parte de uma "imagem objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas. A noção de "imagem objetivo" tem sido usada para designar uma configuração ou uma situação que desejamos alcançar. A integralidade seria esse algo

desejável, designando valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001).

Para o autor, embasada num senso de realidade, uma imagem-objetivo não diz como a realidade deve ser, ela traz consigo um grande número de possibilidades. Por isso, não devemos buscar definir de uma vez por todas a integralidade, mas buscar a sua concreção na realidade imediata. Ou seja, buscar a integralidade, dissecando a realidade objetiva por meio de conceitos operacionais que vislumbrem a integralidade na prática e na organização dos serviços.

Dentre os sentidos de integralidade abordados por Mattos (2001), três sentidos são amplamente discutidos na saúde: o primeiro diz respeito à atenção, relacionado à busca de profissionais em compreender o conjunto de necessidades que demandam as pessoas. O segundo, relacionado à gestão, corresponde à organização dos serviços, voltado à articulação entre assistência e práticas de saúde pública; e o terceiro relativo à regulação de Políticas Públicas, representando respostas governamentais a problemas de saúde específicos.

No nosso estudo a integralidade foi empregada no âmbito da atenção à saúde, que constitui um dos sentidos atribuídos por Mattos a essa categoria analítica. Nesse âmbito, Cecílio (2009) atribui à integralidade ações focalizadas e ampliadas. A primeira seria o compromisso da equipe em realizar a melhor escuta possível das necessidades trazidas por pessoas que buscam atendimento, com produção de vínculos efetivos e afetivos entre usuário/a/equipe/profissional que estabeleçam relação de confiança.

Todavia, o autor considera que a integralidade não pode ser plena no espaço de um único serviço, por mais comprometida que seja a equipe. Neste sentido, aponta para a segunda dimensão da atenção: a integralidade pensada em rede, por isso ampliada. Esta corresponde à conexão entre os serviços de saúde e outras instituições, visto que as várias tecnologias estão distribuídas em diferentes serviços e a melhoria das condições de vida depende de uma atuação com base na intersetorialidade.

A intersetorialidade é entendida como estratégia em que diferentes setores sociais, com seus saberes e práticas necessitam se articular e se integrar com vistas a orientar e garantir a integralidade do cuidado. Entende-se que as ações de cuidado ultrapassam aquelas implantadas pela política de saúde e incluem todas as dispensadas pelas diferentes políticas setoriais e instituições que compõem a rede de relações da pessoa (ZANIANI; LUZIO, 2014).

Já Ayres et al. (2012) considera a integralidade no sentido da atenção à saúde apreendida em quatro eixos que estão inter-relacionados:

- Eixo das necessidades - refere-se à qualidade da escuta, acolhimento e a capacidade de resposta de profissionais a necessidades de pessoas;

- Eixo das finalidades - integração entre níveis de atenção de promoção, prevenção, tratamento e reinserção social. O sentido dominante nesse eixo é não segmentar as ações, mas, ao contrário, criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações integrais;
- Eixo das articulações - refere-se à composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde; o propósito aqui é criar as melhores condições para oferecer resposta efetiva às necessidades de saúde em uma perspectiva ampliada;
- Eixo das interações - refere-se à qualidade das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado; a motivação proposta nesse eixo é a construção de condições efetivamente dialógicas nos encontros relacionados à atenção à saúde, sejam de pessoa a pessoa, sejam na perspectiva de equipes/comunidades.

Pinheiro e Mattos (2004) referem-se à integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas de cuidados em saúde, um valor que se expressa na forma como profissionais respondem a necessidades de quem os/as procuram:

A equipe deve estar organizada para propiciar a oportunidade de trabalhar de forma integral, para além da atitude do profissional. Portanto os sentidos da Integralidade que incidem sobre as práticas do profissional devem discernir de um modo abrangente as necessidades dos usuários desses serviços, buscando gerar e aproveitar as oportunidades de aplicação das técnicas de prevenção e o controle das doenças. (PINHEIRO; MATTOS, 2004, p.39).

A integralidade reconhece e dá importância a necessidades de pessoas, com respostas a problemas de saúde específicos ou que afligem certo grupo populacional, considerando seus contextos socioculturais. Isso implica em responsabilização de uma equipe atuante, que se integra para superar contradições estruturais dos processos de trabalho e da organização dos serviços e de práticas em saúde (MATTOS, 2010).

O cenário das práticas em integralidade sugere combinação de ações que amplie o olhar limitado do biologicismo e considere a pessoa com inserção em um espaço coletivo, articulando a dimensão individual e coletiva, mediante práticas intersetoriais e resolutivas (PINHEIRO, SILVA JUNIOR, 2010).

Saber combinar esses atributos é um exercício do cotidiano, pela produção de novas e mais eficazes práticas de saúde, que se constrói no dia-a-dia dos serviços, nos diálogos entre os diversos profissionais que compõem o SUS. Portanto, a integralidade não tem sentidos

estáveis, estando à mercê do vai-e-vem dos movimentos constantes de transformações das práticas em saúde (PINHEIRO; GUIZARDI, 2005).

Nessa perspectiva, há que se estabelecer mudanças no cotidiano das relações em saúde, buscando a responsabilização no cuidado prestado, resultando no encontro entre quem cuida e quem é cuidado e o estabelecimento de vínculo. Valorizando o que Merhy chama de tecnologia leve, como as que envolvem a relação com o/a outro/a/, um cuidado que tenha como princípio as necessidades singulares de pessoas (AYRES, 2011).

Nesse enfoque, não é possível perceber o/a outro/a sob uma única vertente, mas com múltiplos olhares, práticas diversas e investigações que instiguem para o permanente debate da questão. Com o pensamento na integralidade, promovida por uma equipe multiprofissional, todas as possibilidades devem ser consideradas. Mas não basta a equipe ser multiprofissional, compartilhar o mesmo ambiente de trabalho, tampouco estabelecer relações cordiais uns com os/as outros/as para se constituir em eficiência (BARROS; PINHEIRO, 2010).

A equipe requer o caráter interdisciplinar e interprofissional, estabelecer conexões entre seus membros. Essas conexões devem buscar interação entre o conhecimento dos diferentes profissionais para uma possibilidade de incorporação de novos objetos e tecnologias para uma atenção integral à saúde de pessoas, famílias e comunidade, numa construção coletiva da assistência (PEDUZZI, 2010).

É útil lembrar que o modo como profissionais de saúde vão acolher a quem os/as procuram configurará a vinculação que implica em responsabilização pela solução dos problemas que lhes são apresentados. Ressalta-se, ainda, que a integralidade está relacionada à boa prática de saber cuidar de todos/as profissionais envolvidos/as no processo (SILVA JR; MASCARENHA, 2006).

A competência para cuidar permeia territórios de saberes e práticas diversas, que não pertencem a nenhum campo profissional especificamente, convidando a equipe a responder às demandas à medida que vão surgindo, estimulando as experiências, promovendo um convite ao comprometimento com o trabalho e, principalmente, com a vida cuidada (BARROS; PINHEIRO, 2010). Essa estrutura própria e diferenciada do querer fazer em saúde torna possíveis práticas que permitem escutar o inaudível e enxergar o invisível, traduzidas pelo olhar, gesto, postura e toque, relevantes para o encontro cuidador.

Embora o cuidado se mostre em um caminho promissor, alguns dispositivos são fundamentais para produzi-lo na perspectiva da integralidade, não restrito ao plano das relações interpessoais, mas lançado também no campo da organização dos serviços (BRASIL, 2007; AYRES, 2011), tais como:

- **Acolhimento:** mais que um espaço na recepção ou ponto no fluxograma, constitui um dispositivo que deve perpassar todos os momentos. Acolher é se responsabilizar pelo/a usuário/a, ouvindo sua queixa, permitindo que expresse suas preocupações, angústias e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade do cuidado quando necessário.
- **Escuta sensível:** acolhe toda queixa ou relato do/a usuário/a, mesmo quando parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. Mais do que isso, é respeitar os motivos que ocasionaram o seu problema e as correlações que estabelece entre o que sente e a vida.
- **Vínculo:** compreendido como uma relação interpessoal entre usuário/a e profissional de saúde, caracterizado por confiança e responsabilidade. Acredita-se que as ações acolhedoras propiciam a formação de vínculos.
- **Responsabilização:** assume relevância para o cuidado em diversos níveis, desde a construção do vínculo serviço-usuário/a, controle social e gestão do serviço. Representa um compromisso com o/a usuário/a, que deve ser visto de modo singular.
- **Identidade:** representa um processo de contínua reflexão, talhada pelo encontro com a alteridade, acerca do “quem se é” e “que lugar se ocupa diante do outro”; significa o tomar para si determinadas responsabilidades para com esse outro/a.
- **Intersetorialidade:** integra setores de saúde e outros órgãos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, buscando atender a necessidade de demandas das pessoas.
- **Resolutividade:** relaciona-se à resolução das demandas, com base nas necessidades das pessoas trazidas ao serviço e à satisfação das mesmas, repercutindo também na satisfação da equipe profissional.

Nessa compreensão, a integralidade do cuidado reconhece a necessidade de superação do reducionismo que sustenta o modelo hegemônico. Busca identificar e atender às demandas em saúde articuladas à multidimensionalidade dos sujeitos da atenção (MATTOS, 2010). Nessa perspectiva, o diagnóstico ganha a dimensão de cuidado, distanciando-se do ato prescritivo, centrado no biológico e impulsionado pelo complexo médico-industrial (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

No âmbito da pessoa que usa drogas, a atenção à saúde compreende uma pluralidade de ações que não se restringe apenas à sua acessibilidade ao CAPSad. O cuidado vai além da

elaboração de um projeto terapêutico singular, de um atendimento multiprofissional e interdisciplinar, implica, sobretudo, o olhar para o/a usuário/a por uma ótica despida de preconceitos, o que, inevitavelmente, acarretará em significativas transformações no pensar/fazer saúde (BRASIL, 2012).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

A abordagem qualitativa mostrou-se pertinente ao objeto deste estudo. A pesquisa de característica qualitativa refere-se a significações, ressignificações, representações, crenças, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências e experiências de vida. Compreendidas como produto das interpretações que as pessoas fazem sobre como vivem, pensam, sentem e constroem a si mesmas (MINAYO, 2010). Com esse tipo de pesquisa busca-se compreender, sobretudo, qual a maneira pela qual o objeto opera, não se preocupando com generalizações populacionais, princípios e leis (TURATO, 2003).

5.3 LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa foi desenvolvida em um CAPSad de município da região do Submédio São Francisco, Pernambuco.

O município onde o serviço está inserido possui uma população estimada de 331.951 hab./km² (IBGE; 2015), numa área de 4.561,8 km², distando 722 km da capital Recife-PE. Destaca-se na agroindústria, fruticultura irrigada, e conta com infraestrutura aeroportuária para a exportação das frutas do semiárido, reconhecido nacional e internacionalmente na produção de uva, manga e goiaba, assim como de vinhos (IBGE, 2015).

De acordo com o Plano Diretor regional (PDR), o município é sede de uma das três macrorregiões do estado, constituindo-se referência para 28 municípios pactuados, totalizando uma população aproximada de 917 mil habitantes (SMS).

A Rede municipal de Atenção à Saúde subdivide-se em Atenção Primária e Especializada. A primeira é organizada por 15 regiões administrativas, agrupadas em cinco áreas, cada uma sob a referência de um/a coordenador/a. Conta, basicamente, com a estrutura: Projeto AME (Atendimento Multiprofissional Especializado) Saúde da Família - composta por 66 equipes de Saúde da Família, 10 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, 29 Equipe de saúde bucal e sete Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (CNES/MS, 2016).

A Atenção Especializada dispõe dos serviços: um Centro de Especialidade Odontológica (CEO), um Centro Auditivo, sete AME (Atendimento Médico Especializado), uma Policlínica e cinco unidades de SAMU (quatro de suporte básico e uma de avançado). A atenção terciária conta com dois hospitais, que são referência macrorregional, Hospital Dom Malan e Hospital Universitário/HU (SMS, 2016).

A Rede de Atenção Psicossocial do município é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: um CAPS II, um CAPSad II (em processo de mudança para 24 horas), um CAPSi, uma equipe de Consultório na Rua e Serviço Hospitalar de Referência/SHR (em processo de implantação) para atenção às pessoas com problemas mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esses serviços se complementam com a atenção básica e serviços especializados, como SAMU e Policlínica para a integralidade do cuidado.

Em relação ao CAPSad *lócus* da pesquisa, a escolha deu-se pela minha aproximação e parcerias anteriores com o serviço. Primeiro como docente do módulo Núcleo Temático (NT) em Saúde Mental, da Universidade Federal do Vale do São Francisco/UNIVASF. O NT é um componente de ensino obrigatório, disposto nas matrizes curriculares dos Projetos Pedagógico dos Cursos da UNIVASF. Tem um caráter interdisciplinar e interprofissional, articulando, ensino pesquisa e extensão em projetos com foco em questões da comunidade.

Depois, como campo de pesquisa da minha dissertação de mestrado e, posteriormente, cenário de desenvolvimento do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/PET/Saúde Mental, no qual participei na qualidade de tutora.

O serviço foi implantado em maio de 2006, com o propósito de desenvolver ações de cuidado individual e coletivo dentro e fora do espaço institucional para usuários/as de drogas maiores de 18 anos e seus familiares, fundamentadas na proposta de RD. Funciona de segunda à sexta, das 8:00 às 17:00 horas, com 198 pessoas cadastradas e acompanhadas, de acordo com a modalidade de cuidado: 36 intensivas, 115 semi-intensivas e 47 não intensivas (SMS, 2015).

A equipe é composta por 14 profissionais: uma assistente social, uma enfermeira, um médico psiquiatra, uma farmacêutica, duas psicólogas, duas técnicas de enfermagem, duas recepcionistas, dois porteiros, uma auxiliar de serviços gerais e uma cozinheira. Uma das psicólogas também exerce a função de coordenadora do serviço. A operacionalização das atividades conta ainda com o suporte técnico de estagiárias do quinto ano do Curso de Psicologia da UNIVASF, que permanecem no serviço por dois semestres.

O serviço foi adaptado em espaço alugado, adequado para atender à demanda específica, compondo sua estrutura física: três consultórios para atividades individuais (consultas,

entrevistas, terapias); uma sala para atividades grupais; espaço de convivência (onde também fazem as refeições); cozinha; dois sanitários e área externa para oficinas, recreação e esportes.

Oferece as seguintes atividades - adequadas pelas/os profissionais a cada usuário/a - respeitando-se as especificidades:

Atividades Individuais

- Triagem: primeiro momento de acolhimento do/a usuário/a pelo serviço.
- Atendimento individual: com psicóloga, enfermeira, assistente social ou médico, por agendamento prévio ou demanda espontânea.

Atividades grupais

- Grupo Educativo: assumido pela enfermeira e assistente social. Momento destinado a reflexões de temas referentes à saúde e ao que for do interesse do grupo.
- Grupo de Psicologia: coordenado pela psicóloga, também chamado de grupo terapêutico. Momento destinado à reflexão e discussão sobre temas que estimulem a autonomia da pessoa.
- Oficina: mediada por um/a profissional de saúde, destina-se ao desenvolvimento de técnicas grupais, em que são abordadas representações simbólicas sobre temas a partir do grupo, que resulta na elaboração de um produto com reflexão e discussão coletiva.
- Assembleia: atividade de grupo que reúne profissionais e usuários/as para discutir assuntos importantes relativos ao funcionamento do CAPS como lugar de convivência, com elaboração de propostas para o serviço.
- Grupo da Família: espaço de inserção da família no serviço e no apoio ao tratamento de usuários/as. É sempre mediado por uma ou mais profissionais de saúde.
- Reunião clínica: encontro destinado à discussão de casos clínicos, com a participação de toda equipe de saúde. Comumente, são selecionadas situações de usuários/as que necessitam de mais atenção pela equipe.
- Reunião administrativa: atividade do grupo que reúne profissionais de saúde e administrativos para discutir assuntos importantes para o funcionamento do serviço;
- Visita domiciliar: realizada por um/a profissional de saúde, sempre que necessário, sobretudo em casos de distanciamento do/a usuário/a do serviço, dificuldades no tratamento, etc. ou por solicitação externa de alguma instituição.

- Cine CAPS: exibição de filmes selecionados por profissionais e usuários/as, que geram reflexões e discussões de interesse do grupo.
- Atividade extramuros: realizada às quintas-feiras- atividades físicas (caminhada, exercícios, futebol) no parque municipal da cidade, acompanhada por uma educadora física do NASF.

Há também um grupo de tabagismo, vinculado ao Ministério da Saúde, coordenado pela enfermeira, com reuniões semanais. Este grupo conta com 15 participantes, sendo metade de usuários/as do CAPSad e demais, público externo.

Tratando-se das modalidades de cuidado ofertadas, necessidades individuais fazem com que protocolos oficiais sejam flexibilizados. Ainda que a indicação inicial seja para modalidade terapêutica intensiva, profissionais que fazem a triagem procuram adequá-la às necessidades do/a usuário/a e da família, que muitas vezes não dispõe de transporte ou alguém para acompanhá-lo/a diariamente ou, ainda, quando a pessoa trabalha e contribui com a renda familiar, sendo inviável sua permanência todos os dias.

Em junho de 2015, o serviço começou o processo de transição para modalidade CAPSad III. Concluídas as etapas exigidas pelo Ministério da Saúde, foi habilitado para funcionar 24 horas, em fevereiro de 2016.

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A pesquisa contou com dois grupos específicos de participantes: usuários/as do CAPSad e profissionais que atuavam no serviço, os quais foram selecionados/as mediante critérios distintos previamente definidos.

Em relação à seleção dos/as usuários/as, dos/as 198 cadastrados/as na unidade, 67 frequentavam ativamente o serviço. Todos/as foram esclarecidos/as dos objetivos da pesquisa e convidados/as a participar, mas somente 14 atenderam aos critérios de inclusão.

Constituíram critérios de inclusão para usuários/as: ter vínculo com o CAPSad há pelo menos três meses; ter regularidade na frequência; estar consciente, orientado/a no tempo e espaço, sem déficit cognitivo moderado ou grave, capaz de compreender e responder as questões propostas nas oficinas (a avaliação foi realizada por informações do prontuário e pela própria pesquisadora).

O tempo mínimo de três meses foi estabelecido por ser considerado o período de adaptação de usuários/as ao processo terapêutico. Pesquisa realizada em CAPSad por Carvalho

(2010) detectou 63,63% de desistências nos três primeiros meses, configurando-se, assim, como fase de grande instabilidade e baixo vínculo com o serviço, o que provavelmente seria pouco representativo nas experiências relatadas.

O grupo foi constituído por 14 usuários/as, 12 do sexo masculino e duas do sexo feminino, na faixa etária de 20 a 67 anos, média de 43 anos e tempo de vinculação com o serviço de cinco meses a nove anos, inseridos/as nas modalidades terapêuticas: intensiva, duas pessoas; semi-intensiva, nove pessoas, e não intensiva, três pessoas. Duas pessoas eram analfabetas, uma tinha ensino médio completo e as demais tinham ensino fundamental completo ou incompleto. Uma se autodeclarou branca e as demais negras, oito pessoas estavam casadas e as outras divorciadas ou separadas. A maioria era católica ou evangélica, uma espírita e uma sem religião. Suas ocupações eram variadas: vendedores/as, pintores de casas, guarda civil, auxiliar de serviços comerciais, eletricitista e do lar; uma pessoa era aposentada e outra desempregada; quatro recebiam benefícios sociais do Governo Federal. Sete participantes tinham renda familiar declarada de um salário mínimo e os/as demais renda superior maior que um, até três salários mínimos; uma pessoa afirmou não ter renda familiar definida. Do total dos/as usuários/as, seis faziam uso exclusivo de álcool e oito usavam duas drogas ou mais, com predominância de maconha, cocaína e crack.

Todos/as os/as profissionais foram convidados/as a participar da pesquisa. Os critérios de inclusão foram trabalhar no CAPSad proposto há no mínimo cinco meses e não estar afastada/a por licença médica ou prêmio. O tempo estabelecido inicialmente foi de seis meses, por considerarmos adequado à adaptação na rotina do serviço. No entanto, para garantir a participação de todas as categorias, visto que uma profissional estava no serviço há cinco meses, consideramos que essa diferença não acarretaria prejuízos à pesquisa. Valorizando as ações interdisciplinares que se interseccionam no processo do cuidar, planejamos a participação de pelo menos um/a profissional de cada categoria da saúde e das demais categorias de trabalhadores/as.

O grupo foi constituído por enfermeira, médico, farmacêutica, assistente social, psicóloga (duas), porteiro, recepcionista e cozinheira. Uma das psicólogas exercia também a função de coordenação, totalizando nove participantes. A faixa etária foi de 24 a 53 anos, média de 38 anos, com tempo de atividade no serviço de cinco meses a nove anos e média de experiência em CAPSad de dois anos e seis meses. Quatro profissionais eram casadas, uma viúva e quatro solteiras. Oito informaram ser católicos/as e uma referiu não praticar nenhuma religião. Quanto à raça/cor, cinco pessoas se autodeclararam brancas e quatro pardas. Considerando a qualificação em nível de pós-graduação, o médico cursou residência em

psiquiatria e especialização em dependência química e a coordenadora/psicóloga concluiu mestrado em saúde coletiva. Toda a equipe de saúde participou de cursos sobre álcool e outras drogas com carga horária de 30 horas.

A aproximação com o CAPSad favoreceu relação de confiança com profissionais e usuários/as, o que foi fundamental na produção das oficinas, contribuindo com o êxito dos encontros e permitindo ampliar espaços dialógicos. Portanto, constituiu etapa essencial para melhor compreensão do objeto estudado.

Na primeira visita em 09/2014, foi entregue a carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde e o parecer de aprovação do Comitê de Ética autorizando a pesquisa. Após esse primeiro contato, passei a frequentar o serviço duas vezes por semana, durante três meses antes de iniciar a coleta do material. Particpei de 23 atividades previstas no cronograma, dentre as quais: grupos terapêuticos, reuniões clínicas, assembleias, oficinas artesanais, atividades físicas no parque e confraternizações de natal e carnaval.

5.5 TÉCNICAS PARA PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Elegemos a oficina de reflexão para produção do material empírico, por considerá-la ferramenta privilegiada na pesquisa qualitativa, pois possibilita momentos de reflexão, discussão e construção coletiva da temática proposta na pesquisa. Além disso, a técnica favorece a interação entre os/as participantes, proporciona descontração e aproximação entre as pessoas envolvidas.

5.5.1 Oficina de reflexão

Oficina expressa modo de fazer e tem sentido de experiência compartilhada. Sugere uma relação de pertencimento a um grupo, assim como uma relação de cuidado e valorização da contribuição de todos/as no processo de trabalho. Além disso, proporciona a construção de um conhecimento, materializada em algum produto (TALLEMBERG, 2005).

Configura-se como um processo estruturado em grupo, independente do número de encontros, articulando aquilo que as pessoas pensam, sentem e fazem em torno de uma questão central que se propõe a elaborar em um contexto social. Assim, transmite informação, mas também promove a reflexão e a compreensão sobre questões da vida cotidiana de participantes (AFONSO, 2002).

Para atingir os objetivos de uma oficina é preciso que os/as integrantes aceitem a atividade a ser realizada e tenham liberdade de participar ou não dos encontros. Dos aspectos referidos por Afonso (2003) necessários à organização de uma oficina, destacamos alguns:

- Demanda: deve-se entendê-la para além de uma procura ou pedido, uma vez que por trás há aspectos inconscientes, velados, que vão sendo descobertos ao longo do processo. Pode tanto partir da instituição, do grupo, ou de interesses externos, como da pesquisa, que enxerga uma necessidade a ser trabalhada naquele contexto;
- Planejamento: deve ser flexível, uma vez que a proposta é de uma produção coletiva. Os temas-geradores têm relação com a necessidade a ser trabalhada no grupo. Em caso de pesquisa, deve ir ao encontro do objeto de estudo.
- Condução: conduzida por uma pessoa denominada coordenador/a, moderador/a ou facilitador/a, que desenvolverá o trabalho com o grupo de forma participativa e problematizadora. Para melhor desenvolvimento das atividades, recomenda-se outra pessoa para desempenhar a função de observador/a e ou colaborador/a, que fará os registros dos encontros e também colaborará nas discussões.

Foram realizadas quatro oficinas de reflexão, duas com cada grupo de participantes, intituladas “Cuidado no CAPSad” e “Resgatando o cuidado em CAPSad”, que se constituíram em encontros de aprendizagem e de produção coletiva do conhecimento sobre o objeto de pesquisa.

Cada encontro contemplou as seguintes etapas: 1ª etapa: acolhimento, apresentação e integração do grupo por meio de dinâmicas, objetivando descontração e relaxamento; 2ª etapa: desenvolvimento do tema, orientado por um roteiro previamente elaborado, tendo como foco central os objetivos da pesquisa; 3ª etapa: socialização das experiências no grupo; 4ª etapa: Síntese; 5ª etapa: Avaliação (Apêndices C, D, E, F, G, H).

É importante ressaltar que nem todas as pessoas participaram das duas oficinas propostas, respeitando-se a sua disponibilidade à participação. Dos/as 14 usuários/as, 10 estiveram presentes nos dois momentos e quatro apenas em um deles. Em relação as/aos profissionais, das/os nove envolvidas/os, sete participaram das duas oficinas e a farmacêutica e a assistente social, apenas de uma delas.

A primeira oficina foi dirigida especificamente aos objetivos da pesquisa e a segunda resgatou os pontos relevantes da anterior e complementou algumas discussões. O tempo médio de duração dos encontros foi de duas horas e obedeceu ao intervalo médio de 18 dias, conforme planejamento e disponibilidade do cronograma do serviço.

Todas as oficinas aconteceram no próprio CAPSad, na sala destinada a atividade de grupo, e seguiram o mesmo ritual: acolhida de boas-vindas, uma cuidadosa seleção musical instrumental ao som ambiente, dinâmica de apresentação/integração, técnica de relaxamento inicial e final.

Optou-se pelo registro de notas em diário de campo, com o objetivo de complementar os dados coletados nas oficinas. Os registros foram compostos por anotações de caráter descritivo e reflexivo, que corresponderam às informações: data, hora, posturas, falas significativas de participantes; comentários sobre fatos ocorridos durante os encontros e registros subjetivos (sentimentos, ideias e opiniões).

A seguir descrevemos todas as etapas, segundo ordem de realização, que se configuraram em quatro oficinas realizadas. Contamos com a colaboração de uma enfermeira residente em Saúde Mental da UNIVASF. O processo foi fotografado e as falas foram gravadas.

Oficinas com usuários/as

- **Primeira oficina: Cuidado no CAPSad**

O objetivo desta oficina foi favorecer a reflexão e a discussão sobre as experiências do cuidado no CAPSad.

Ao chegarem para a oficina, os/as participantes receberam um crachá, onde foi registrado um nome da escolha de cada um/a. Foram convidados/as a preencherem a ficha de identificação e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em seguida, foi estabelecido com o grupo um acordo de convivência, sendo registrado e fixado na parede os elementos acordados, entre os quais: desligar ou manter o celular no modo silencioso; evitar saídas da sala, salvo em extrema necessidade; levantar a mão e dizer o nome antes de falar (para facilitar a identificação na transcrição), respeitar a fala do/a outro/a e manter em sigilo todas as informações de cada encontro.

Iniciamos com a dinâmica “Eu sou fulano/a ... e o meu projeto de felicidade é...”, que possibilitou apresentação do grupo, estreitamento de laços entre usuários/as que já se conheciam e acesso a suas aspirações

Em seguida, foi possibilitado um período de relaxamento, deitados/as ou em posição que consideravam mais confortável no colchonete disponível para cada participante. Foram convidados/as a fechar os olhos e se deixar levar pela música ambiente. Nesse momento, foi

solicitado que refletissem sobre as questões: **Como eu me sentia como pessoa ao chegar no CAPSad? Como eu posso expressar essa pessoa?**

Após alguns minutos de introspecção, solicitamos que as respostas fossem representadas em massa de modelar.

Distribuímos para cada participante bastões de massa com cores variadas, deixando à disposição outras opções. À medida que foram acabando, expuseram suas respostas simbolizadas na massa de modelar e identificaram sua arte com um título.

Após representarem simbolicamente a resposta à primeira pergunta, mantido música relaxante, pedimos para que permanecessem em silêncio e se concentrassem nas próximas perguntas: **Que experiência de cuidado vivenciei no CAPSad desde a minha chegada? Como essas experiências têm afetado a minha vida?**

Foi destinado um tempo para reflexão e, em seguida, iniciou-se a etapa de socialização das experiências com os/as demais integrantes do grupo. As falas aconteceram de forma voluntária, até que todos/as expuseram o seu olhar sobre a experiência do cuidado no CAPSad. Cada situação pensada e posteriormente verbalizada foi sintetizada por eles/as. Assim, atribuíram o significado aos símbolos que construíram para representar como se sentiam ao chegar no CAPSad, cujos temas centrais acompanham as figuras 2 a 11 (ao final do capítulo), que construíram com a massa de modelar. Em seguida, relataram a experiência no CAPSad, articulando o cuidado recebido com a situação em que se encontravam antes de se vincular a esse serviço de saúde.

- **Segunda oficina: Resgatando o cuidado em CAPSad**

Esta oficina teve como objetivo favorecer o resgate da oficina anterior e complementar discussão da realidade vivenciada no CAPSad.

Após cumprimento dos rituais iniciais, integração e relaxamento, solicitamos que os/as participantes se posicionassem confortavelmente nos colchonetes. Naquele momento, a colaboradora fixou na parede a síntese dos pontos relevantes do encontro anterior.

Foi realizado resgate dos pontos discutidos anteriormente, por meio da leitura por voluntários/as e provocadas novas reflexões: **Vocês se sentem devidamente representados/as nos painéis? Querem acrescentar algo que ainda não falaram e que consideram importante?**

Nessa oficina, surgiram elementos novos, referentes à experiência no CAPSad e que foram acrescentados ao material já produzido, bem como pontos positivos e pontos negativos, explorados nos resultados.

Os encontros com os/as usuários/as se configuraram em momentos de muita riqueza simbólica de expressão de opiniões e reflexões. Enquanto pesquisadoras, em alguns momentos, tivemos que utilizar da criatividade e sensibilidade, incluindo elementos que não constavam nos roteiros das oficinas, no intuito de manter o foco nos objetivos da pesquisa.

Oficinas com profissionais

- **Primeira oficina: Cuidado no CAPSad**

Esta oficina teve como objetivo favorecer a reflexão e a discussão com profissionais sobre as experiências do cuidado prestado no CAPSad.

Ao dar as boas-vindas a cada profissional, foi entregue um crachá com o registro de um nome da escolha de cada um/a. Em seguida foram convidados/as a se acomodarem de maneira confortável nos colchonetes disponibilizados e orientados/as a preencherem a ficha de identificação. Os TCLE já haviam sido disponibilizados uma semana antes, para que pudessem levar para casa, fazer a leitura, e posteriormente, entregar e esclarecer as dúvidas com as pesquisadoras.

Prosseguindo, foi estabelecido com o grupo um acordo de convivência, onde os itens acordados foram: horário para início da atividade, desligar ou manter o celular no modo silencioso; evitar saídas da sala, salvo em extrema necessidade; levantar a mão e dizer o nome antes de falar (para facilitar a identificação na transcrição), respeitar a fala do/a outro/a e manter em sigilo todas as informações de cada encontro.

Uma vez já conhecedores dos objetivos da pesquisa, apresentamos dois cartazes com as perguntas: “O que eu espero receber?” “O que eu tenho para dar?”. As/os participantes receberam orientação para registrar sinteticamente suas respostas às perguntas.

Selecionamos para o momento de integração a dinâmica “O espelho”, que estimula o encontro consigo mesmo/a e com seus valores, adequando-se, portanto, ao tema central da oficina.

A técnica consiste em motivar o grupo para que pense em alguém que lhe seja especial, entre em contato com essa pessoa, com os motivos que a tornam amada, que a fazem ter sentido

na sua vida (deixar um tempo para interiorização). Após a reflexão, o/a coordenador/a orienta que deverão ir ao encontro dessa pessoa que tem grande significado de sua vida. Em seguida, informa aos/as integrantes que se dirijam ao local onde está uma caixa (uma pessoa por vez). Todos/as devem olhar o conteúdo (um espelho) e voltar silenciosamente para seu lugar, continuando a reflexão sem se comunicar com os/as demais. Finalmente é aberto o debate para que todos/as compartilhem seus sentimentos, suas reflexões e conclusões sobre esta pessoa tão especial.

O desenvolvimento do tema ocorreu em dois momentos. No primeiro, ao som de música ambiente, foi solicitado a todos/as que fechassem os olhos e procurassem lembrar-se das experiências vivenciadas com as pessoas que frequentam o CAPSad. Depois de alguns minutos, perguntamos: **Quem é a pessoa que frequenta o CAPSad? O que ela traz consigo? Como eu posso representar essa pessoa?**

Após esse momento de introspecção, orientamos que deveriam expressar suas respostas em massa de modelar. Nesse momento, a colaboradora distribuiu para cada participante bastões de massa com cores variadas e uma base quadrada de papelão rígido, para facilitar o apoio e transporte das representações em massa.

À medida que foram concluindo, expuseram o resultado do trabalho individual no meio da sala, com as diversas representações simbólicas, atribuindo títulos às artes. Figuras 12 a 20 (ao final do capítulo).

Após o término dessa etapa individual, foi solicitado que o grupo se mantivesse em silêncio e, após alguns minutos de introspecção, refletiram sobre as questões: **Que experiências tenho vivenciado com essas pessoas desde que comecei a trabalhar aqui? Essas experiências de cuidado têm atendido às necessidades de usuários/as do CAPSad?**

Posteriormente, iniciou-se a etapa de socialização das experiências vivenciadas, com participação efetiva de todo o grupo.

Com esta oficina, propiciamos a cada profissional refletir sobre suas vivências, coletivizando essas experiências, tendo sido possibilitado o reconhecimento de suas potências e fragilidades enquanto equipe, visibilizando aspectos do cuidado que pareciam ocultos.

- **Segunda oficina: Resgatando o cuidado em CAPSad**

O encontro teve como objetivo promover o resgate da oficina anterior, estimulando novas reflexões e discussões dos sentidos do cuidado à realidade vivenciada no CAPSad.

Após cumprirmos os ritos iniciais, realizamos a dinâmica “papel amassado”, cujo objetivo foi propiciar reflexão sobre as singularidades das pessoas. A técnica consiste em solicitar aos/as participantes amassar uma folha de papel em branco, o máximo possível, para a seguir, tentar revertê-la ao que era antes. Em seguida, solicitar ao grupo que comparem as marcas deixadas nas folhas, que apesar de parecerem iguais, apresentam vincos completamente diferentes. Para finalizar, faz-se o compartilhamento dos sentimentos e conclusão de cada um/a dos/as participantes.

Para o resgate da oficina anterior, foi preparado um painel com a síntese dos pontos discutidos na primeira oficina, que serviu de referência para o momento seguinte. Nesse encontro, surgiram elementos novos, referentes à experiência no CAPSad e que foram acrescentados ao material já produzido, aspectos explorados nos resultados.

No primeiro momento solicitamos às/aos participantes que formassem subgrupos de três pessoas, devendo mesclar profissionais de saúde e pessoal administrativo. Cada subgrupo recebeu tarjetas de cartolinas rosa e marrom.

Após as acomodações, pedimos que identificassem nos painéis aspectos que considerassem positivos e negativos no processo do cuidado no CAPSad. Os positivos deveriam ser escritos nas tarjetas rosa, e seriam chamadas “rosas”, e os aspectos negativos nas marrons, seriam considerados “espinhos”. Caso achassem necessário, novos pontos poderiam ser acrescentados.

Num segundo momento, fixamos na parede uma grande montanha (preparada previamente) trilhada no seu interior por um longo caminho, que partia da base até o ápice. Em seguida, solicitamos que olhassem para a montanha e se questionassem: **Como eu me vejo em relação ao cuidado que presto às pessoas do CAPSad? Na base da montanha? No meio da montanha? Ou no cume da montanha?** Esclarecemos que deveriam considerar que, à medida que fazem o melhor pelas pessoas que cuidam, ascendem no caminho em direção ao ápice. Deveriam considerar, ainda, as rosas como elementos facilitadores e os espinhos como dificultadores da caminhada.

Após todos/as se posicionarem na montanha por meio de tarjeta com seu nome, socializamos a discussão que gerou um rico material empírico produzido.

Finalizamos o desenvolvimento das oficinas, agradecendo a participação de todas/os, enfatizando o quão gratificante e importante foram os encontros, me colocando à disposição da equipe e do serviço.

Ainda que a finalidade da aplicabilidade das oficinas tenha sido a produção do material empírico para pesquisa, por sua natureza metodológica reflexiva, foram consideradas

terapêuticas, pois possibilitaram aos/as participantes, a partir das experiências de cuidado vivenciadas, momentos de acolhimento, fala, expressões de ideias, opiniões, concepções e visão de mundo, o que se traduz em processo de intervenção.

Figuras 2 a 11. Representações simbólicas de usuários/as sobre “como me sentia antes de me vincular ao CAPSad”

Figura 2

Fezes: lixo e desprezo social



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 3

Escada: oscilações na vida, subidas e descidas



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 4

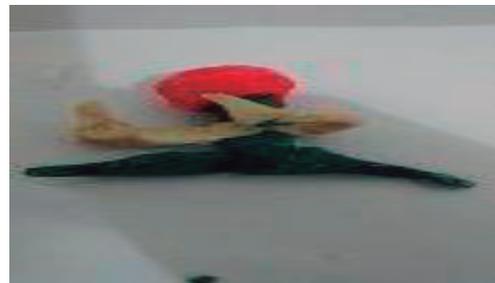
Homem disforme: defeitos físicos e morais



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 5

Homem caído, com uma garrafa na mão: simbolizando as recaídas



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 6

Rosto triste: sem perspectivas futuras



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 7

Mulher rosa: “a mulher de sua vida” que o abandonou



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 8

Mulher preta: ovelha negra, excluída da família



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 9

Mulher com a cabeça preta: carga de problemas



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 10

Grade preta: aprisionamento às drogas



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 11

Sol branco e sol vermelho: momentos de apatia e agitação



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figuras 12 a 20. Representações simbólicas de profissionais sobre “Quem é a pessoa que frequenta o CAPSad”

Figura 12

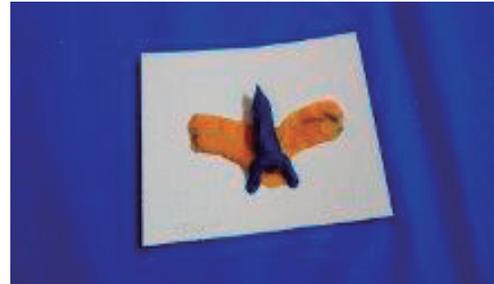
Porta fechada: sociedade excludente



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 13

Pássaro voando: esperança das pessoas



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 14

Bastão e várias formas: rigidez das pessoas;
várias formas: potencial de mudança delas



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 15

Braços abertos: acolhimento no CAPS



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 16

Pessoa chorando: solicitando ajuda



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 17

Pessoa, sol e coração: acolhimento e suporte



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 18

Pessoa cabisbaixa e coração:
procura de ajuda; equipe acolhedora



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 19

Palavra NÃO e um coração:
não ao preconceito; coração acolhedor



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

Figura 20

Pessoa com a mão no peito e coração:
falta de apoio; coração – acolhimento



FONTE: Arquivo de pesquisa 2016

5.6 ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

O material empírico foi analisado pela técnica análise de discurso, segundo Fiorin.

O discurso é uma prática social de produção de textos e reflete uma visão de mundo determinada socialmente. Embora as pessoas tenham a ilusão de ser dona do seu discurso e ter o controle sobre ele, todo discurso é uma construção social e não individual, devendo ser analisado, considerando-se seu contexto histórico-social. Já o produto da atividade discursiva, isto é, o objeto empírico de análise de discurso, o texto, é uma construção sobre a qual se debruça o/a analista percorrendo os três níveis de produção, superficial, intermediário e profundo. Depois de percorrer o nível do conteúdo, que é o intermediário, atinge-se o nível

profundo do discurso, que guia a investigação científica. O discurso é uma posição social e as construções ideológicas são materializadas na linguagem (FIORIN, 2011).

Para o autor a ideologia é um sistema de ideias, são representações que servem para justificar e explicar a ordem social, as condições de vida das pessoas e as relações que mantém com outros/as. Portanto, é uma visão do mundo, e de forma nenhuma pode existir desvinculada da linguagem, sendo assim, cada formação ideológica possui uma formação discursiva correspondente. Essa formação discursiva é ensinada a cada um dos membros de uma sociedade (Fiorin, 2005).

Chauí (2012, p.11) defende dois significados para o termo ideologia:

Ideologia continua sendo aquela atividade filosófico-científica que estuda a formação das idéias a partir da observação das relações entre o corpo humano e o meio ambiente, tomando como ponto de partida as sensações; por outro lado, ideologia passa a significar também o conjunto de idéias de uma época, tanto como “opinião geral” quanto no sentido de elaboração teórica dos pensadores dessa época.

Fiorin (2005) defende que existem dois tipos de texto: os figurativos, que constroem um simulado da realidade para representar o mundo e possuem uma função descritiva (representativa) e os temáticos, que procuram explicar a realidade, classificando-a, ordenando-a e estabelecendo relações, em uma função interpretativa.

O autor complementa que quando se analisa um texto figurativo, deve-se descobrir o tema subjacente às figuras adotadas para que elas tenham sentido. O tema, por sua vez, reveste o esquema narrativo. Para o autor, o nível dos temas e das figuras constitui um local privilegiado de manifestação da ideologia, que pode ser percebida em sua completude mediante a análise de vários discursos que tratam de um mesmo tema de maneiras distintas. Esse tema ampliado e apreendido sob diversos espectros consiste em uma configuração discursiva.

Os dados coletados durante as oficinas foram transcritos na íntegra para a realização da análise. Seguindo as recomendações de Fiorin (2005) cumprimos as etapas: realizamos leituras sucessivas do texto, buscando localizar todos os elementos concretos (figuras) e abstratos (temas), que foram inseridos em blocos de significados; em seguida, foram agrupados de acordo com os elementos em planos de significação; prosseguimos com a apreensão dos temas centrais e a formulação das categorias empíricas, que foram analisadas e discutidas nos resultados.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

Considerando que a pesquisa envolveu seres humanos diretamente, foram respeitados os aspectos éticos estabelecidos na Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (BRASIL, 2012). O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas da Universidade Federal do Vale do São Francisco (CEDEP/UNIVASF) em reunião realizada no dia 14 de outubro de 2014, registrado sob nº 0008/141014 CEDEP/UNIVASF.

A permissão de execução da pesquisa ficou expressa por meio de carta de anuência obtida na Secretaria de saúde do município (Anexo A), e pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice A e B) em duas vias.

Por ocasião do convite para participar da pesquisa, foram apresentados os objetivos do estudo e esclarecidos todos os aspectos que envolviam a pesquisa: respeito à individualidade e a autonomia dos/as informantes em participar ou não da mesma, sem prejuízo pessoal; eventuais desconfortos e riscos, garantia de esclarecimento a qualquer momento; inexistência de ressarcimento, pagamento ou indenização devido à sua participação; possibilidade de negar-se a responder quaisquer questões ou desistir, a qualquer tempo, da pesquisa.

Foi esclarecida a necessidade de uso do gravador e máquina fotográfica, sendo garantida a fidedignidade dos relatos. As informações foram prestadas em linguagem clara e acessível, utilizando-se das estratégias mais apropriadas à cultura, faixa etária, condição socioeconômica e autonomia das pessoas convidadas.

Foram informados/as, ainda, que os benefícios da pesquisa seriam indiretos, pois as informações coletadas forneceriam subsídios para a implementação de conhecimentos em saúde mental, bem como para novas pesquisas a serem desenvolvidas sobre a temática.

Foram orientados/as quanto ao risco presumível até por conta de desconforto que poderia ser gerado atrelado ao resgate de vivências pessoais surgidas durante as oficinas reflexivas. Neste caso, oficina seria interrompida e a pesquisadora/enfermeira ofereceria todo o apoio necessário.

Ademais, informamos que os produtos dessa pesquisa ficariam arquivados pelo período de cinco anos e seriam editados em publicações. Asseguramos a confidencialidade das fontes dos dados, por tratar-se do único CAPSad do município, esse não teve seu nome revelado para resguardar o anonimato dos/as profissionais que foram identificados/as pela categoria, enquanto os/as usuários/as foram numerados/as de 1 a 14 nos discursos.

6 RESULTADOS

Uma vez que não podemos ser universais e saber tudo quanto se pode saber acerca de tudo, é preciso saber-se um pouco de tudo, pois é muito melhor saber-se alguma coisa de tudo do que saber-se tudo apenas de uma coisa.

Blaise Pascal (s/d)

A análise dos depoimentos manifestados nos discursos dos/as usuários/as e das/os profissionais que participaram da pesquisa e foram questionados/as sobre experiências de cuidado vivenciadas no CAPSad conduziram para formulação de quatro categorias empíricas que deram títulos aos artigos que serão aqui apresentados.

6.1 ACOLHIMENTO COMO DIMENSÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO A PESSOAS QUE USAM DROGAS

6.2 CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL POTENCIALIZANDO SUBJETIVIDADES

6.3 DESARTICULAÇÃO DA REDE PSICOSSOCIAL COMPROMETENDO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

6.4 TRABALHO COLABORATIVO EM EQUIPE FORTALECENDO A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

6.1 ACOLHIMENTO COMO DIMENSÃO DA INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO A PESSOAS QUE USAM DROGAS

Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho^I, Edméia de Almeida Cardoso Coelho^{II}, Jeane Freitas de Oliveira^{III}

I. Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-PPGENF/UFBA. Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco-UNIVASF. E-mail: fatimaaguiar@hotmail.com.br

II. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. E-mail: edmeiacoelho@gmail.com

III. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. E-mail: jeane.foliveira@outlook.com

Resumo

Objetivo: analisar práticas de acolhimento na atenção psicossocial sob o enfoque da integralidade. Metodologia: estudo qualitativo, realizado com 14 usuários/as e nove profissionais de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, que atenderam aos critérios de inclusão do estudo. O material empírico foi produzido por meio de oficinas de reflexão, que constituem espaços dialógicos de trocas de experiências e produção de conhecimento. Foi analisado pela técnica de análise de discurso, na qual o discurso é considerado uma posição social que veicula as visões de mundo das pessoas inscritas nos discursos. Resultados: os discursos de usuários/as do serviço e de profissionais convergem para práticas de cuidado acolhedoras, capazes de construir relações de confiança e vínculos consistentes, facilitando processos terapêuticos caracterizados pelos dois grupos como resolutivos. Conclusão: O cuidado no CAPSad caminha ao encontro da integralidade, as práticas de acolhimento são qualificadas como dialógicas, afetivas, com potencial para resolutividade em um contexto favorável à autonomia e a construção de cidadania.

Descritores: Acolhimento; Integralidade em saúde; Serviços de saúde mental; Usuários de drogas; Profissional de saúde.

Abstract

Objective: analyze user embracement practices in the psychosocial care under the integrality approach. Method: Method: A qualitative study with 14 users and nine professionals from Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs, who fulfilled the inclusion criteria. The empirical material was produced in the year of 2015, by reflection workshops, whice are dialogical spaces exchanges of experience and knowledge production. It was analyzed by speech analysis technique, considered a social position that conveys worldviews of people enrolled in speeches. Results: the speeches of users the service and professionals converge to warm care practices, that are able to build trust relationships and consistent links, facilitating therapeutic process characterized by both groups as resolute. Conclusion: the CAPSad care walks to meet the comprehensiveness, along user embracement practices that qualify the users-professionals relationships in a favorable context to the concept of autonomy and citizenship.

Keywords: User embracement; Integrality in health; Mental health services; Drug users; Healthcare professional.

Resumen

Objetivo: Analizar las prácticas de acogida en la atención psicosocial con un enfoque de integralidad. Metodología: estudio cualitativo con 14 usuarios / los nueve profesionales de Atención Psicosocial Centro de alcohol y drogas, que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. El material empírico fue producido por medio de talleres de reflexión, que son espacios de intercambios dialógicos de experiencia y producción de conocimiento. Se analizó mediante la técnica de análisis de voz, en el que el discurso se considera una posición social que transmite las visiones del mundo de las personas inscritas en los discursos. Resultados: los discursos de los usuarios / el servicio y los profesionales convergen para calentar las prácticas de atención, con capacidad para construir relaciones de confianza y vínculos consistentes, lo que facilita terapéutica caracterizada por ambos grupos como resuelta. Conclusión: La atención en CAPSad camina para cumplir con la integridad, las prácticas de acogida califican como

dialógica, afectiva, con potencial para resolver la autonomía en un contexto favorable y la ciudadanía.

Palabras clave: Acolhimento; Integralidad en salud; Servicios de salud mental; Usuarios de drogas; Profesional de la salud.

Introdução

O processo de implementação da Reforma Psiquiátrica vem alterando conceitos e práticas na Saúde Mental, transformando também o modo de relação entre a sociedade e as pessoas que fazem uso de drogas. Essa mudança tem suscitado novos modelos de atenção e, conseqüentemente, novos modos de prestar cuidado. Embora com entraves, o Brasil tem firmado sua Política de Saúde Mental, tida hoje como referência pela Organização das Nações Unidas (OMS), servindo de exemplo, inclusive, para países de primeiro mundo (CICAD, 2015).

A consolidação da Reforma Psiquiátrica convoca profissionais a incorporem novos saberes e fazeres sob ótica inter/transdisciplinar por meio de parâmetros técnicos, éticos, de solidariedade e responsabilização, reconhecendo a pessoa como participante ativa do processo de produção da saúde (MULLER; MORENO, 2013). O novo modelo reforça as potencialidades dos territórios, reafirmando que a responsabilidade pelo cuidado é uma prática de diferentes áreas.

Frente a esse compromisso, a Atenção Psicossocial, que a princípio se referia somente a aspectos sociais e psíquicos secundários à prática psiquiátrica, tornou-se a Política adotada pelo Ministério da Saúde, a partir de críticas à Psiquiatria tradicional e diante de experiências positivas dos primeiros Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS). A perspectiva considera que as questões de Saúde Mental perpassam várias outras áreas, que vão além da Psiquiatria reformada (COSTA-ROSA, 2013).

O CAPS, mais do que um serviço substitutivo, tornou-se mais um exemplo de um dispositivo capaz de traduzir a perspectiva do novo cuidado que se propõe em Saúde Mental, construindo um modo de cuidar que inclui a reorganização da uma rede assistencial, a partir de uma lógica territorial. O que requer haver dispositivos na comunidade para compor e articular as múltiplas nuances de cuidado na perspectiva da integralidade (PITTA, 2011).

O CAPSad se insere nesse contexto de mudanças e se propõe a prestar cuidado a pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas, com base na atenção psicossocial, orientada pela estratégia de Redução de Danos. Incorpora ações que objetive a inclusão social, promoção da

autonomia e do protagonismo, resgate dos laços familiares e sociais e das potencialidades das pessoas (CORTES et al., 2014).

A integralidade se expressa na tríade que potencializa encontros: acolhimento, escuta qualificada e vínculo. O acolhimento é o dispositivo intercessor, que visa à produção de relações de escuta e formação de vínculos, que reverberam na constituição de compromissos, com base no cuidado compartilhado entre os serviços da rede de saúde e demais dispositivos comunitários, que almeje assegurar acesso a usuários/as (BRASIL, 2014).

O acolhimento implica em postura ética e política de cumplicidade de uma equipe interprofissional, em consonância com as necessidades de saúde do/a usuário/a. Por isso, deve estar presente em todos os encontros relacionais usuário/a/profissional, desde o primeiro contato da pessoa no sistema de saúde até a atenção resolutiva ao seu problema. Baseia-se na escuta qualificada e na construção de vínculos, com postura capaz de acolher e estabelecer respostas adequadas às demandas apresentadas (BAIÃO et al., 2014).

Na Saúde Mental, o acolhimento surge como recurso terapêutico potencialmente transformador de práticas de cuidado, que valoriza a pessoa e resignifica sua cidadania. Propõe-se reorganizar os processos de trabalho com intuito de oferecer atenção integral e descentralizar o atendimento, estendendo-o para toda a equipe multi/interprofissional (LIMA MOREIRA, 2013).

Na atenção psicossocial os dispositivos são articulados em rede e todos/as são responsáveis pela garantia do acesso e resolubilidade das demandas das pessoas, seja na atenção primária, no CAPS, no hospital ou em outros serviços na rede de cuidados, desconstruindo a lógica de referência e contrarreferência, que favorece a desresponsabilização e dificulta o acesso da população (COSTA et al., 2012).

Em pesquisa ampla que estudou o cuidado em CAPSad, a integralidade constituiu perspectiva que orienta práticas da equipe multiprofissional, bem como revela seus limites, sendo o acolhimento a dimensão que produz e consolida os vínculos entre profissionais/usuários/as no encontro de quem cuida e com quem é cuidado/a.

Assim, divulgamos neste artigo recorte da referida pesquisa, tendo como objetivo analisar práticas de acolhimento na relação de cuidado em Centro de Atenção Psicossocial, sob o enfoque da integralidade.

Metodologia

O estudo tem abordagem qualitativa e recorre à integralidade como categoria analítica. A integralidade compreende relações cooperativas dialógicas entre os/as profissionais e a pessoa que demanda ajuda, reverberado em vínculo e responsabilização. Trata-se da perspectiva de garantia progressiva de acesso em todos os níveis de atenção, segundo as singularidades de cada pessoa, considerando-se também o contexto em que as necessidades são geradas, resultando em ações resolutivas (MAYNART et al., 2014).

No âmbito da atenção a pessoas que usam drogas, a integralidade pressupõe uma pluralidade de ações que extrapola a formulação de projeto terapêutico singular, elaborado por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar. Contempla, também, a regulação das políticas públicas, a reorientação das relações entre o Estado e a sociedade e o olhar para o/a usuário/a por uma lógica de atendimento despida de preconceitos, que considere o cuidado nas mais diversas dimensões (OLIVEIRA et al., 2012).

Os dados apresentados constituem recorte dos resultados da pesquisa “Integralidade do cuidado na atenção psicossocial” desenvolvida num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas/CAPSad da região do Submédio São Francisco, Pernambuco/Brasil. O serviço foi implantado em maio de 2006, funcionando de segunda à sexta, das 8:00 às 17:00 horas.

Diante da perspectiva da integralidade, participaram da pesquisa usuários/as e profissionais do CAPSad. Na ocasião o serviço contabilizava 198 cadastrados/as, das quais 67 frequentavam regularmente o serviço. Desses/as, 14 atenderam aos seguintes critérios de inclusão preestabelecidos: ter vínculo com o CAPSad há pelo menos três meses (tempo mínimo para adaptação ao processo terapêutico); ter regularidade na frequência; estar consciente, orientado/a no tempo e espaço, sem déficit cognitivo moderado ou grave, capaz de compreender e responder às questões propostas nas oficinas (a avaliação foi realizada por informações do prontuário e pelas pesquisadoras).

A maioria dos/as usuários/as era do sexo masculino, casada e com baixo nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto), com idade entre 20 a 67 anos. O tempo de permanência no CAPSad foi de cinco meses a nove anos, considerando-se as modalidades terapêuticas intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Em relação ao uso de drogas, seis afirmaram fazer uso exclusivo de álcool e os demais referiram fazer uso concomitante de duas ou mais substâncias, prioritariamente maconha, cocaína e crack.

A equipe multi/interprofissional era constituída por 14 profissionais, desses/as nove atuavam há mais de cinco meses na unidade e não estavam afastados por licença médica ou prêmio, tendo participado da pesquisa. O tempo foi estabelecido por considerarmos adequado

à devida inserção na rotina do serviço, bem como para garantir a participação de todas as categorias, visto que uma profissional estava inserida no tempo mínimo indicado.

Participaram da pesquisa: uma assistente social, uma enfermeira, um médico psiquiatra, uma farmacêutica, duas psicólogas, uma recepcionista, um porteiro e uma cozinheira. A maioria era do sexo feminino, solteiras, com média de idade 38 anos. O tempo de atuação no serviço foi de cinco meses a nove anos. Considerando a qualificação em nível de pós-graduação, o médico cursou residência em psiquiatria e especialização em dependência química e uma das psicólogas concluiu mestrado em saúde coletiva. Os/as demais adentraram no serviço sem antes terem trabalhado ou se qualificado na área de Saúde Mental.

O material empírico foi produzido no período de março a agosto de 2015 por meio de duas oficinas de reflexão com cada grupo de participantes, conduzidas pelas temáticas: Cuidado no CAPSad e Resgatando o cuidado em CAPSad. Houve uma oficina preparatória para os trabalhos grupais, não incluída na pesquisa, intitulada “Sentidos do cuidado”, cuja finalidade foi introduzir a temática sobre o cuidado sem, contudo, dirigir foco para os objetivos da pesquisa.

Oficinas de reflexão são espaços dialógicos de trocas de experiências simbólicas e socialização do conhecimento, com possibilidades de provocar mudanças nas pessoas que a vivenciam. Permitem emergir emoções por vezes adormecidas ou desconhecidas, desde que as atividades planejadas transcorram em clima acolhedor, escuta atenta e respeito (SANTOS et al., 2014).

Podem ser utilizadas com temas diversos e em diferentes contextos, em serviços de saúde, educação, trabalho, centros comunitários e outros contextos que visam a participação social, como a pesquisa. Além disso, são espaços com potencial crítico de negociação, permitindo visibilidade de argumentos e posições (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014).

A primeira oficina realizada com usuários/as do CAPSad foi desenvolvida a partir das questões reflexivas: Como eu me sentia ao chegar no CAPSad? Que experiência de cuidado vivenciei desde a minha chegada? Como essas experiências têm afetado a minha vida? A partir de dinâmicas de grupo, os/as participantes identificaram tais aspectos e os nomearam para discussão.

Na segunda oficina, foi realizado o resgate dos pontos discutidos anteriormente e acrescentados novos elementos ao material já produzido, referentes à experiência no CAPSad, bem como apontados os aspectos positivos e negativos do serviço.

As questões que nortearam a primeira oficina com os/as profissionais foram: Quem é a pessoa que frequenta o CAPSad? Que experiências tenho vivenciado com essas pessoas desde

que comecei a trabalhar aqui? Essas experiências de cuidado têm atendido às necessidades de usuários/as? Na segunda oficina, foi realizado o resgate do encontro anterior. Em seguida, foi solicitado aos/as participantes que identificassem os aspectos positivos e os negativos no processo do cuidado no CAPSad.

As oficinas duraram em média duas horas e obedeceram às etapas: apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação e descontração/relaxamento. Foram gravadas, fotografadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Utilizou-se a técnica de análise de discurso para análise do material empírico. O discurso representa uma posição social cujas construções ideológicas são materializadas na linguagem, enquanto o texto é individual, estruturando-se em níveis de abstração crescente. Portanto, o que é percebido imediatamente na leitura superficial, está no nível da aparência. Para se chegar ao nível mais abstrato, devem ser estudados os elementos discursivos nos níveis: intermediário (nível do conteúdo) e nível profundo (nível do discurso), que revelam a visão de mundo das pessoas (FIORIN, 2011).

Na operacionalização da técnica, foram seguidas as etapas propostas pelo autor: leitura do texto, buscando localizar todas as figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos) que conduzem a um mesmo bloco de significação. Em seguida, foi realizada a apreensão de temas parciais e, posteriormente, foram organizados por convergência em planos de significado. Uma vez organizados, foram construídas as categorias empíricas centrais, uma delas “Acolhimento como dimensão da integralidade na atenção a pessoas que usam drogas”, divulgada neste artigo.

Em cumprimento aos procedimentos éticos recomendados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas da Universidade Federal do Vale do São Francisco, emitido em 14 de outubro de 2014, sob parecer nº 0008/141014 CEDEP/UNIVASF. A participação foi livre e voluntária, mediante consentimento informado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A identificação dos/as participantes foi efetuada pela condição de usuário/a (1 a 14) ou profissional.

Resultados

O modo como usuários/as se referem ao cuidado que recebem no CAPSad revela que o acolhimento é vivenciado com ações afetivas, que produzem vínculo e fortalecem relações interpessoais. Nas falas que seguem, pessoas que se dispõem a superar problemas por uso de drogas encontram suporte na equipe profissional que lhes garantem acolhimento:

A equipe daqui me ajudou, porque eu não dava certo em nenhum outro lugar, eu já frequentei cinco centros de recuperação. Aqui é um acolhimento humano, de coração, você é acolhido como uma pessoa, você é respeitado, apesar dos vícios (usuário 1).

A prestatividade de cada funcionário nos faz acreditar em nós mesmos. Nós percebemos em cada profissional, que eles se dão para atender a gente, porque essa área de saúde mental exige que haja a parte humilde dos profissionais e a sinceridade (usuário 4).

Nos encontros entre usuários/as e profissionais, orientados pela escuta sensível, as ações ocorrem também sem a necessidade de um agendamento prévio, respeitando-se demandas espontâneas, o que é representado nas falas:

Quando eu preciso conversar com alguém é só avisar, digo “doutora, quero conversar com a senhora”[...] vou conversar, ela me orienta, quando eu saio dali saio totalmente leve. Então, eu tenho essa liberdade, a hora que preciso de qualquer uma, elas tão prontas para ouvir (usuário 3).

O CAPS tem aberto vários leques na minha vida, tem situações que eu me sinto reprimido e eu venho desabafar no CAPS, procuro uma profissional, daqui eu saio com uma resposta, saio sabendo como lidar com a situação, aqui sou sempre ouvido (usuário 2).

Há convergência entre os discursos de usuários/as e o de profissionais, na medida em que esses/as também revelam o compromisso da equipe com as demandas que se apresentam:

Esse acolhimento que prestamos é muito importante. Às vezes, estamos tão atarefadas, e eles querem falar alguma coisa, que para eles é importante e nós ouvimos. É o momento deles se expressarem e se sentirem acolhidos (enfermeira).

A pessoa quer ser ouvida, para se sentir reconhecida, se reafirmar em algo, porque realmente o movimento que a sociedade faz é outro (psicóloga 1).

O CAPS é um local onde a pessoa é escutada, não somente o problema de saúde, é diferente de outro local de saúde. Não digo que os outros locais não sejam bons, eles fazem o que é proposto, mas o CAPS faz a diferença (médico).

O respeito profissional à pessoa como condição para o êxito do próprio trabalho, ao tempo em que o cuidado a singularidades ressignifica o trabalho de equipes, traduz uma ética definidora de novas práticas, em que a integralidade se concretiza em atos e aponta para um horizonte de superação paradigmática.

Acho que eu sou a porta de entrada, tudo passa primeiro lá (portaria). [...] eu posso receber eles bem, aí eles entram, chegam aqui, e se não foram bem atendidos, meu serviço vai por água abaixo (porteiro).

Eu prefiro chamar todos pelo nome, sei o nome de todo mundo. Acho que quando se trata a pessoa pelo nome, você mostra respeito, que a conhece (repcionista).

Eu tenho me colocado sempre disponível, me preocupado sempre em fazer qualquer escuta, acolhimento, o que seja, com qualidade [...] é um compromisso meu, ético e profissional (psicóloga 2).

Muitas vezes a pessoa chega aqui e sinaliza, "olha eu faço uso abusivo, mas eu trabalho, não tenho condições de estar aqui de segunda a sexta, porque isso significaria perder o meu trabalho". E a função do CAPS também é essa, possibilitar todas essas relações e acomodações em cada medida, então a gente faz isso (psicóloga 1).

Relacionamentos interpessoais alimentados pelo respeito conduzem a confiança mútua, produzem vínculo e horizontalizam relações:

Acho que o CAPS me deu essa força que eu não tinha antes... e essa força vem através dos profissionais, eu acho que é a experiência deles que passam pra gente. Eu me sinto segura, só sei que eles passam a segurança que preciso (usuária 7).

Eu me dou muito bem com as meninas daqui (profissionais), com todo mundo, com os funcionários, com os colegas, aqui fiz um grupo de amigos, confio nas pessoas. Aqui sou bem tratada tanto pelas meninas quanto por eles também (companheiros/as) (usuária 8).

O reconhecimento que o CAPS lhe resgata como pessoa, bem como a certeza do suporte familiar, criam um contexto favorável à liberdade e à confiança nessa rede de apoio e revelam firmeza na decisão pelo afastamento das drogas:

Quando entro em depressão eu procuro me isolar, e agora não, eu já passei o telefone para minha esposa, para se ela notar que eu

tô entrando em depressão, ela ligar pro CAPS, assim fico mais tranquilo (usuário 1).

A perda de vínculos sociais, entre eles, o familiar, em consequência dos transtornos provocados pelo uso de drogas, tira do/a usuário/a o ambiente idealizado para a segurança, refúgio e abrigo emocional. E, no encontro com o CAPSad, o regime intensivo se apresenta como possibilidade de novos vínculos:

Quando a pessoa opta por um regime intensivo, é porque na maioria das vezes, ela não tem mais nenhum vínculo lá fora, geralmente a pessoa já não trabalha, a família abandonou, não quer ter nenhum contato, então buscam esses vínculos aqui dentro (psicóloga 1).

A incorporação da proposta de atenção no CAPSad está presente também no depoimento do porteiro, quando expressa que profissionais são atentas/os a demandas e a pessoas, dando-lhes certezas de acolhimento e escuta, em movimento de superação do modelo que ainda predomina na atenção à saúde e que já orientou práticas e relações naquele serviço:

Aqui, todos estão mais próximos das pessoas, por exemplo, se passar uma profissional e alguém quiser falar com ela, eu sei que ela vai ouvir. Antes a gente não via isso [...] essa distância que existia em relação aos profissionais e pacientes, não percebo mais (porteiro).

A responsabilização é assumida por profissionais que refletem e avaliam suas práticas e suas possibilidades de cuidado efetivo. Nesse processo, valorizam as múltiplas dimensões humanas, revitalizando e ressignificando o cuidado que, no sistema de saúde, mantém as marcas da hegemonia do modelo técnico.

Eu sempre acho que está faltando algo mais, que eu não estou dando a melhor atenção possível, então eu estou sempre em busca, e às vezes eu fico pensando, quando eu chego em casa, pensando em algum paciente, “será que poderia ter feito algo mais?” a gente cria vínculos muito forte com eles (enfermeira).

Cuidar é uma reflexão constante, em alguns momentos há a impressão de que foi tudo ótimo, e em outros momentos, de que poderia ter feito um pouco mais do que foi feito (psicóloga 2).

Fortes vínculos e relações de confiança sustentam processos terapêuticos caracterizados como resolutivos. A saída de profissionais da equipe cria desestabilização:

A única experiência negativa que há é quando os profissionais saem, como tá acontecendo agora com as doutoras... aí deixam uma lacuna muito grande. Porque nós já estamos habituados, já temos uma certa intimidade e confiança nelas. E para reaver essa confiança com outras, vai demorar! Isso interfere no meu tratamento! vou ter que me abrir novamente para uma nova profissional e começar todo o processo novamente (usuário 4).

Nunca vamos chegar abrindo logo o que sentimos a um estranho [...] pensa se ele está ali por interesse de trabalho ou se realmente está preocupada com você, se tem realmente vontade de lhe ajudar, e toda mudança de profissional pra gente é ruim (usuário 5).

Essa ruptura do vínculo, com o afastamento de profissionais, também foi reportada pela enfermeira, ao se referir a sua antecessora, cuja saída foi vivenciada como luto, com sofrimento, dor e abandono por alguns usuários/as:

A confiança é muito importante, é tanto que quando um profissional sai, eles sentem demais. Aconteceu com a enfermeira antes de mim, quando ela saiu, algumas pessoas sofreram muito e outras até se afastaram do CAPS, porque ela havia saído (enfermeira).

Usuários/as acabam por acomodarem ao CAPSad, em uma situação de falta de interesse pela alta do serviço:

Aqui é o nosso refúgio, onde eu me achei para me libertar das drogas e eu gosto de todo mundo que tá aqui... Gosto do tratamento do CAPS, tem uns dez anos que tô aqui (usuário 10).

Vou fazer oito anos que tô aqui, me sinto bem, eles cuidam de mim, aqui tô bem tratado, me sinto bem aqui, ouço as palestras dos doutores que ajudam bastante e vou ficando por aqui (usuário 11).

Discussão

A partir da análise dos discursos de usuários/as e de profissionais, as práticas no CAPSad dão-se segundo o que é orientado por políticas públicas e concretizam a integralidade, com um cuidado acolhedor, sensível e resolutivo.

Em seus discursos, pessoas com problemas por uso de drogas passam do sentimento de desamparo para o da certeza de apoio e valorização. Essa condição se materializa na garantia de acesso ao serviço e no acolhimento por profissionais disponíveis para escuta e responsabilização, representando ruptura com o modelo em que se ergueu a psiquiatria tradicional.

No CAPS em que foi realizado nosso estudo, a relação profissional usuários/as, livre de amarras históricas, possibilita processos terapêuticos que dão lugar à liberdade de acesso e de expressão, oferecendo-se ações para além da rotina institucional e das agendas profissionais, o que constrói autoestima e confiança.

A fusão de horizontes, defendida por Ricardo Ayres como a superação do isolamento entre êxito técnico e sucesso prático na condução das ações de saúde (AYRES, 2011) é revelada nas relações intersubjetivas, com convergência entre os discursos de profissionais e os de usuários/as, produzindo-se a integralidade.

A integração da equipe insere pessoas em processos terapêuticos com valorização de singularidades, atitudes acolhedoras, disponibilidade para escutar e para compreender sem julgamentos. Assim, o compromisso da equipe em problematizar a realidade junto com quem sofre por uso de drogas, contabiliza êxitos no sentido de integralidade do cuidado, que se manifesta nos discursos de usuários/as e de profissionais.

As diferentes modalidades de atenção oferecidas no CAPSad (intensivo, semi-intensivo e não intensivo) são indicativas para pessoas que usam drogas com diferentes padrões de consumo, portanto, variam com as necessidades e de acordo como as respostas que se apresentam no decorrer do tratamento, fugindo da ideia de que os/as profissionais apresentam respostas prontas (OLIVEIRA et al., 2012).

No processo grave por uso de drogas, inclui-se no tratamento a abordagem psicossocial e a farmacológica, pois o transtorno é considerado multicausal. Romper seu ciclo é algo muito difícil e delicado, pois as pessoas se tornam dependentes e vivenciam sofrimento físico e psíquico intensos, tendo sua vida afetada (CARVALHO et al., 2011).

Estudo realizado na França menciona a dificuldade em lidar com esses transtornos graves por uso de drogas, enfatizando a abordagem psicossocial associada a farmacológica,

como alternativa mais adequada, considerando que não existe qualquer consenso sobre um medicamento específico para essas pessoas. No entanto, muitas opções estão sendo exploradas (LACOSTE et al., 2012), mas acredita-se que o tratamento medicamentoso é apenas uma opção complementar a ações acolhedoras de profissionais.

Na realidade estudada, profissionais adéquam protocolos oficiais de políticas públicas aos contextos de vida de pessoas que usam drogas, valorizando questões de ordem socioeconômica e familiar, caminhando na lógica da integralidade do cuidado, que requer práticas de saúde em movimento, desenvolvidas de modo reflexivas e reconstrutivas, que funcionam como elementos facilitadores à entrada de pessoas no serviço, evitando impor-se obstáculos ao acesso.

O acesso é compreendido como garantia de utilização de serviços de saúde diante de barreiras geográfica, financeira, estrutural e organizacional, no momento de necessidade da pessoa. Indica os caminhos percorridos no sistema na busca da resolução de necessidades (COSTA et al., 2015).

O acolhimento tem sido evidenciado em estudos como importante norteador e organizador do processo de trabalho das equipes de saúde, capaz de produzir transformações impactantes na efetivação do SUS. É percebido como ferramenta de intervenção na qualificação da escuta e na consolidação de vínculo, assegurando que o acesso resulte em responsabilização e resolubilidade, dispositivos indispensáveis para compor a integralidade (MAYNART et al., 2014; ARAUJO; TANAKA, 2012).

No CAPSad em foco, a inclusão de demandas espontâneas à programação diária traduz a disponibilidade da equipe em garantir acesso, enquanto a satisfação referida pelo/a usuário/a indica a dimensão da integralidade efetivada naquele serviço. Demandas previsíveis ou não quebram rotinas, dão lugar à escuta e ao acolhimento e a uma conformação de cuidado que o distancia da estrutura tecnicista, qualificando uma nova tendência por meio de ações e relações profissionais/usuários/as.

Nessa nova lógica, a satisfação de usuários/as com o processo terapêutico inclui também o acesso a intervenções menos burocráticas, que amplia os sentidos da integralidade da atenção à saúde. Ao mesmo tempo, profissionais avaliam suas práticas de modo contínuo, o que possibilita revitalizar e ressignificar o cuidado que, no sistema de saúde, mantém as marcas da hegemonia do modelo tecnicista.

No nosso estudo, foi revelada que uma vez construída a relação de confiança, estabelece-se também o apego que efetiva o vínculo e a saída de profissionais da equipe

representa rupturas e perdas, com desestabilização de processos terapêuticos, vivida com sofrimento e luto e, por vezes, abandono do tratamento.

O apego é entendido como vínculo estabelecido entre uma pessoa e seu/sua principal cuidador/a. É formado no início da vida, mas reverbera-se nos diversos relacionamentos construídos na idade adulta, por meio da atuação nas diversas funções e relações sociais, na relação do casal, parental ou de trabalho. O conforto experimentado na presença da pessoa do apego permite uma base segura em situações de ameaças, oferecendo respostas e proporcionando sentimento de segurança (SCHEEREN et al., 2015).

A Aliança Terapêutica estabelecida pelo vínculo profissional - usuário/a é apontada como fundamental no processo terapêutico, por ser uma das variáveis relacionadas tanto à adesão quanto ao resultado do tratamento. Permite que profissionais fortaleçam o vínculo e estructure um projeto terapêutico singular voltado para a necessidade da pessoa (OLIVEIRA; BENETTI, 2015).

O vínculo estabelecido pode modificar a motivação do/a usuário em relação ao tratamento. A motivação é referida em pesquisas como um dos mais importantes determinantes no processo terapêutico (BOTELLA; CORBELLA, 2011; CRITS-CHRISTOPH et al., 2011) cabendo, então, ao/a profissional proporcionar as condições necessárias para acolher empaticamente as demandas trazidas por pessoas que usam drogas.

No CAPSad, o vínculo se constitui com afeto e desperta a motivação, que influencia positivamente tratamentos, experimentado quando, na presença da/o profissional, usuários/as veem nesse/a uma base segura, que os/as afasta de ameaças, sentimentos já expressos em situações analisadas, tendo em vista que a segurança de poder lidar com o desejo intenso de usar a droga está em processo de reorganização.

Da mesma forma, a ruptura dessa aliança terapêutica por desligamento de profissionais da equipe provoca situações de tensão no relacionamento colaborativo entre equipe e usuário/a. O modo como cada pessoa vai responder à perda relacionada a separação com quem mantém vínculo afetivo, vai depender do modo como foi desenvolvido e consolidado o padrão de apego, que influencia no estilo de enfrentamento das diferentes situações experimentadas, em especial aquelas que envolvem afastamento e perda de pessoas significativas (NASCIMENTO et al., 2006; ALMEIDA et al., 2015).

Nosso estudo corrobora com o de Rodríguez (2011), realizado em saúde mental na Espanha, que revela existir no sistema de saúde pública uma alta probabilidade de que o/a profissional passe pelo serviço sem concluir o tratamento de algumas pessoas. Essa rotatividade, na maioria das vezes, imprevisível, deixa usuários/as e profissionais sem a

possibilidade de trabalhar corretamente o encaminhamento a outro/a profissional, acarretando severos prejuízos ao processo terapêutico.

Em outras situações, em que é necessário o encaminhamento a outros serviços, com acompanhamento a ser feito por outro/a profissional, o acolhimento possibilita que os encaminhamentos sejam feitos de forma compartilhada entre profissionais, usuário/a e o serviço que irá recebê-lo/a, evitando-se a referência e contrarreferência, ainda configurada na prática como repasse do problema (ANDRADE; SOUSA; QUINDERÉ, 2013).

Para o alcance da integralidade, outros dispositivos de gestão devem ser acionados, oferecendo suporte ao CAPSad e vice-versa. O CAPSad possui porta de entrada, entretanto, é determinante para o processo terapêutico que tenha porta de saída, sob o risco de institucionalização e cronificação de tratamentos em novos moldes, que também aprisionam (VASCONCELOS et al., 2015).

A Rede de Atenção Psicossocial determina o estabelecimento de pontos de atenção, que vão desde a atenção primária à terciária, perpassando pelos apoios comunitários para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os problemas decorrentes do uso de drogas. Esse movimento possibilita um cuidado integral ou o mais próximo possível disso, para atender às diferentes necessidades das diferentes pessoas, que usam de forma mais ou menos controlada, têm alguns problemas, ou já apresentam quadros graves de dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2014).

O cuidado compartilhado possibilita organização nas ações de cuidar, tendo como foco a pessoa e sua singularidade. O *locus* do tratamento varia ao longo do tempo, com intensificação no ponto da rede em que a atenção demonstra ser mais viável, seja este na Atenção Primária, no CAPSad ou no serviço hospitalar de referência. Assim, todos são responsáveis pelo acolhimento com a garantia do acesso, compactuando para o cuidado integral (BRASIL 2014).

Nesse refletir crítico na perspectiva da integralidade, a análise dos discursos de participantes da pesquisa revela que o cuidado no CAPSad se mostra efetivo por ser capaz de fortalecer subjetividades, horizontalizar relações, criar vínculos e caminhar na direção da (re) constituição do autocontrole de usuários/as.

Considerações Finais

O acolhimento está presente na relação de cuidado no CAPSad em que foi realizada a pesquisa e são as conseqüentes relações de confiança que sustentam os processos terapêuticos caracterizados como resolutivos. O compromisso e a disponibilização da equipe em acolher e

escutar as pessoas produz vínculo e horizontaliza relações, caminhando na lógica da integralidade do cuidado, que requer práticas de saúde que envolva os elementos em constante movimento e empregadas de modo flexível, reflexivo e reconstrutivo.

A satisfação de usuários/as com o CAPSad e equipe inclui o acesso a intervenções menos burocráticas, que melhoram o processo de trabalho no serviço e ampliam os sentidos da integralidade da atenção à saúde. A confiança se estabelece na busca dos/as profissionais em reconhecer as necessidades e atendê-las de acordo com as formas possíveis, acalmando ansiedades e buscando soluções, inclusive flexibilizando protocolos oficiais de políticas públicas, no apoio a obstáculos ao acesso, fazendo assim, o CAPSad a diferença no sistema de saúde.

O respeito profissional à pessoa como condição para o êxito do seu próprio trabalho, implica uma ética definidora na produção do cuidar. Esse compromisso é confirmado quando profissionais avaliam sua prática de cuidado de forma sistemática, o que possibilita atribuir ao cuidado uma característica reconstrutiva e com potencialidade reconciliadora.

No CAPSad vínculos consistentes e relações de confiança sustentam processos terapêuticos caracterizados como resolutivos, suscetíveis de motivar o seguimento correto das orientações durante o tratamento. Por conseguinte, o desligamento de profissionais cria possibilidades de desestabilizá-lo, provocando sérios prejuízos.

Além disso, a perda de vínculos sociais em consequência dos transtornos por uso de drogas acomoda pessoas na modalidade intensiva por tempo indeterminado, tornando-os/as demasiadamente apegado e vinculados/as ao CAPSad, além de inseguros em relação a continuidade do tratamento em outro serviço.

O acolhimento propicia nova significação das relações da equipe, que tem a necessidade de construir uma rede de diálogo com outros serviços em diferentes níveis de atenção, assegurando a integralidade do cuidado. As práticas de cuidado no CAPSad seguem ao encontro da integralidade, com ações acolhedoras que qualificam a relação em um contexto favorável ao resgate da autonomia e da cidadania.

Referencias

ALMEIDA, Edilene Joceli de et al. Dor e perda: Análise do processo do luto. **Revista de Psicologia da IMED**. v.7, n.1, p.15-22. 2015.

AYRES, José Ricardo. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. CEPESC-IMS/UERJ- ABRASCO. Rio de Janeiro; 2011.

ALVES, Haiana Maria de Carvalho; DOURADO, Lidiane Bento Ribeiro; CORTES, Verônica da Nova Quadros. A influência dos vínculos organizacionais na consolidação dos Centros de Atenção Psicossociais. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.18, n. 10, p.2965-75. 2013.

ANDRADE, Aline Teles et al. Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: concepções dos trabalhadores de saúde. **Pesquisas e Práticas psicossociais – PPP**. v.8, n.2. 2013.

ARAUJO, Adriano Kasiorowski de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Avaliação do processo de acolhimento em Saúde Mental na região centro-oeste do município de São Paulo: a relação entre CAPS e UBS em análise. **Interface - Comunic Saúde Educação**. v.16, n.43, p.917-28. 2012.

BAIÃO, Blenda de Sousa et al. Acolhimento humanizado em um posto de saúde urbano do Distrito Federal, Brasil. **Rev. APS**. v.17, n.3, p.291-302. 2014.

BOTELLA, L; CORBELLA, S. Alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. **Boletín de Psicología**. v.101, p.21-34. 2011.

CARVALHO, Flávia Regina Mendes et al. Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Colomb Med**. v.42, supl 1, p. 57-62. 2011.

CRITS-CHRISTOPH, P. et al. The dependability of alliance assessments: The alliance - outcome correlation is larger than you might think. **Journal Consulting Clinical Psychology**. v.79, n.3, p.267-278. 2011.

CORTES, Laura Ferreira et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet] v.16, n.1, p.84-92. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20279>

COSTA-ROSA, Abílio. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp; 2013.

COSTA, Annette et al. Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do sistema único de saúde do Brasil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**. v. 7. 2012.

FIORIN, José Luiz. **Linguagem e ideologia**. São Paulo: Ática; 1 ed. (rev. e atualizada.) São Paulo: Ática; 2011.

Inter-American Drug Abuse Control Commission - CICAD. **Report on drug use in the Americas**. OAS Official Records Series; OEA/Ser. L. Washington, D.C; 2015.

LACOSTE J. et al. Addiction to cocaine and other stimulants. **Presse Med**. v.41, n.12, p.1209-20. 2012.

LIMA, Leilson Lira; MOREIRA, Tereza Maria Magalhães; JORGE, Maria Salette Bessa. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev Bras Enferm.** v. 66, n.4, p.514-22. 2013.

MAYNART, Willams Henrique da Costa et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm.** v.27, n.4, p.300-3. 2014.

MULLER, Suely Aparecida de Oliveira; MORENO, Vania. Acolhimento e saúde mental: revisão sistemática da literatura. **Revista UNINGÁ.** n.38, p. 123-33. 2013.

NASCIMENTO, Cecília Cassiano et al. Apego e perda ambígua: apontamentos para uma discussão. **Revista Mal Estar e Subjetividade.** v.6, n. 2, p. 426-449. 2006.

OLIVEIRA, Natacha Hennemann; BENETTI, Silva pereira da Cruz. Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. **Arquivos Brasileiros de Psicologia.** v.67, n.3, p.125-138. 2015.

OLIVEIRA, Raimunda Félix de et al. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciênc Saúde Coletiva.** v.17, n.11, p.3069-78. 2012.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciênc Saúde Coletiva.** v.16, n.12, p. 4579-4589. 2011.

RODRÍGUEZ, Pereira Carla. Ruptura de la continuidad del proceso terapéutico por cambio de terapeuta. Una reflexión desde la perspectiva relacional. **Clínica e Investigación Relacional.** v. 5, n. 3, p. 457-471. 2011.

SANTOS, Carolina Carbonell dos et al. Vivenciando oficinas lúdico-pedagógicas: uma nova experiência de pensar e fazer a enfermagem com adolescentes. **Adolescência & Saúde.** v. 1, n. 1. 2014.

SCHEEREN, Patrícia et al. O papel preditor dos estilos de apego na resolução do conflito conjugal. **Estud. Pesqui. Psicol.** v.15 n.3. 2015.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera Mincoff; MEDRADO, Benedito. Oficina como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & sociedade.** v.26, n.1, p. 32-42. 2014.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; MACHADO, Dagoberto de Oliveira; PROTAZIO, Mairla Machado. Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem. **Interface, comunicação, saúde, educação.** v.19, n.52. 2015.

6.2 CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL POTENCIALIZANDO SUBJETIVIDADES

Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho^I, Edméia de Almeida Cardoso Coelho^{II}, Jeane Freitas de Oliveira^{III}

I. Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-PPGENF/UFBA. Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco-UNIVASF. E-mail: fatimaaguiar@hotmail.com.br

II. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. E-mail: edmeiacoeelho@gmail.com

III. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. E-mail: jeane.foliveira@outlook.com

Resumo

Objetivo: conhecer experiências de cuidado vivenciadas por usuários/as em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas, sob o enfoque da integralidade como potencializadora de subjetividades. Metodologia: estudo qualitativo, tendo integralidade como categoria de análise, realizado com 14 usuários/as que frequentavam o serviço há pelo menos três meses. O material foi produzido por meio de oficinas de reflexão, com foco nas experiências de cuidado vivenciadas e analisado pela técnica de análise de discurso. Resultados: o cuidado oferecido por profissionais do CAPSad possibilita a construção para o autocontrole diante das drogas e, em consequência, abre caminho à autonomia, reinserção social e ao resgate da cidadania. Conclusão: as experiências vivenciadas por usuários/as se pautam em práticas de cuidado acolhedoras na perspectiva da integralidade, capazes de estabelecer vínculos e produzir mudanças na relação de pessoas com as drogas, pautadas em resultados desejados.

Descritores: Usuários de drogas; Acolhimento; Serviços de saúde mental; Integralidade em saúde

Abstract

Objective: To care experiences experienced by users / in the Psychosocial Care Center Alcohol and other drugs, with a focus on integrality as potentiator of subjectivities. Methodology: qualitative study, and integrality as a category of analysis, conducted with 14 users / those attending the service for at least three months. The material was produced by means of reflection workshops, focusing on experienced care experiences and analyzed by speech analysis technique. Results: the atención ofrecida por los profesionales del CAPS ad permite la construcción de uno mismo contra las drogas and therefore paves the way to independence, social reintegration and recovery of citizenship. Conclusion: the experiences lived by users/are guided in the warm care practices from the perspective of completeness, able to bond and produce changes in the relationship of people with drugs, guided in desired results.

Keywords: Drug users; User embracement; Mental health services; Integrality in health

Resumen

Objetivo: Para cuidar las experiencias experimentadas por los usuarios / en el Centro de Atención Psicosocial de alcohol y otras drogas, con un enfoque de integralidad como potenciador de las subjetividades. Metodología: estudio cualitativo, y la integridad como una categoría de análisis, llevado a cabo con 14 usuarios / los asistentes al servicio durante al menos tres meses. El material fue producido por medio de talleres de reflexión, centrándose en las experiencias del cuidado experimentados y se analizó mediante la técnica de análisis de voz. Resultados: la atención recibida por los profesionales CAPSad potencia las condiciones para el autocontrol en la cara de las drogas y, por tanto, abre el camino a la independencia, la reintegración social y la recuperación de la ciudadanía. Conclusión: las experiencias vividas por los usuarios / son guiados en las prácticas de atención cálidos desde el punto de vista de la exhaustividad, capaz de unirse y producir cambios en la relación de las personas con las drogas, guiados en los resultados deseados.

Palabras clave: Usuarios de drogas; Acolhimento; Servicios de salud mental; Integralidad en salud

Introdução

Discutir sobre drogas implica problematizar a antinomia presente na tentativa de superar cisões que delimitam posições entre o proibir e o liberar, e produzir conhecimentos que possam contribuir na construção de uma política pública efetiva no que se refere ao cuidado de usuários/as. Faz-se necessário pensar dispositivos coerentes com a nova perspectiva do cuidado, para garantir a acessibilidade e a inclusão de pessoas que se encontram à margem da sociedade pelo estigma que carregam em função da ilicitude e moralismos que ainda revestem o contexto de drogas em nossos dias (SANTOS; PAULON, 2015).

O Ministério da Saúde, com base nas orientações da Reforma Psiquiátrica, caminha na implementação de práticas inclusivas na rede de serviços substitutivos, disseminadas por todo o país, porém, ainda se depara com dificuldades que retardam esse processo. Todavia, alguns municípios têm avançado na realização dessas práticas, que são subsidiadas por algumas facilidades peculiares (SALLES; BARROS, 2013).

Nos últimos quarenta anos, a Reforma Psiquiátrica vem se consolidando a partir de políticas públicas, sob legislações específicas, estabelecendo uma rede assistencial substitutiva à lógica manicomial. A rede de atenção à saúde mental é constituída por diferentes dispositivos, com a possibilidade de uma atenção orientada pela integralidade (COSTA-ROSA, 2013).

A Reforma vem superando o modelo de cunho medicocentrada e possibilitando um novo estatuto social para a pessoa com transtornos mentais e decorrentes do uso de drogas. Para isso, deve-se atuar efetivamente sob o conceito ampliado de saúde, discutindo e delineando práticas de relações afetivas, cidadania e coletividade, trazendo essa discussão para dentro do serviço de saúde (ALARCON; BELMONTE; JORGE, 2012).

O Relatório Internacional sobre Drogas nas Américas aponta a necessidade de ações mais efetivas, que atendam a especificidades de pessoas com diferentes histórias de vida e de consumo. Objetiva-se a construção de uma rede de atenção adequada às pessoas que têm problemas decorrentes do uso de drogas. Com isso, estados e municípios precisam desenvolver e analisar os dados em base local a fim de moldar as iniciativas baseadas em realidades mais próximas (CICAD, 2015).

No mesmo documento, defende-se que para a construção de políticas mais eficazes sobre drogas, é imprescindível que haja comparação de dados entre os países. Porém, não tem sido possível pela ausência de informações na maioria dos países, devendo haver mais incentivos para estudos epidemiológicos, bem como para estudos qualitativos, entre outros (CICAD, 2015).

A atenção à Saúde Mental no Brasil é constituída por diferentes dispositivos que atuam em rede, com base no paradigma psicossocial, tendo os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como articuladores estratégicos dessa lógica. O CAPS Álcool e outras Drogas (CAPSad) promove a reabilitação e a reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. A lógica inserida é a de Redução de Danos, por meio de ações intersetoriais integrativas que envolvam trabalho, cultura, lazer e educação popular, acionando a rede de serviços de saúde e comunitária existente no território (SOUZA; CARVALHO, 2012).

A Redução de Danos busca minimizar os efeitos danosos do consumo, privilegiando a pessoa e sua saúde, permitindo sair da posição de derrota e impotência diante da abstinência. Reconhece que as pessoas não têm o mesmo grau de envolvimento com a substância, havendo diferentes padrões de consumo, que devem ser respeitados e valorizados no planejamento das ações de promoção e prevenção em saúde (SANTOS; PAULON, 2015). Essa estratégia traz, no alicerce do cuidado, a perspectiva da integralidade.

A integralidade se traduz no cuidado em saúde, apreendido como atenção integral, que contempla atitudes sensíveis de escuta, confiança, pertença, tratamento digno, capaz de produzir relações de acolhimento, respeito, formação de vínculo e acesso aos serviços que atendam a singularidades (PINHEIRO et al., 2012).

Experiência docente junto a pessoas que usam drogas possibilitou-nos participar do processo de implantação dos primeiros CAPSad em municípios de Pernambuco e Bahia, que tinham em suas bases a perspectiva da redução de danos e da superação de um modelo que negava a singularidade de pessoas. A ampliação e a reestruturação dos CAPSad e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dão-se sob os fundamentos da integralidade, de modo que as experiências de cuidado se colocam como prioridade para pesquisa em CAPSad, o que nos levou a realizar este estudo com o objetivo de conhecer experiências de cuidado vivenciadas por usuários/as em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas, sob o enfoque da integralidade como potencializadora de subjetividades.

Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo, realizado com resultados da pesquisa “Integralidade do Cuidado na Atenção Psicossocial”, desenvolvida em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas/CAPSad da região do Submédio São Francisco, Pernambuco/Brasil, e que tem integralidade como categoria analítica.

A integralidade como dispositivo político desafia a repensar saberes/fazer e conformações dos serviços de saúde, visando assegurar resolutividade de demandas. Portanto, não apresenta um sentido estável, indo ao encontro de movimentos de práticas transformadoras no sentido da vida, da valorização dos espaços públicos onde se estabelecem relações cotidianas (PINHEIRO et al., 2012).

No âmbito da atenção à pessoa que usa drogas, a integralidade compreende uma pluralidade de ações que não se restringem à sua concepção clássica de acessibilidade ao CAPS ad. O cuidado integral vai além da formulação de um projeto terapêutico singular, de um atendimento multiprofissional e interdisciplinar, contemplando também a regulação das políticas públicas, a reorientação das relações entre o Estado e a sociedade e o olhar para o/a usuário/a por uma lógica de atendimento despida de preconceitos, que considere o cuidado nas suas diversas dimensões (OLIVEIRA et al., 2012).

Na oportunidade da pesquisa, o CAPSad tinha 198 pessoas cadastrados/as, 67 frequentavam ativamente o serviço. Desses/as, todos/as foram convidados/as a participar, mas, somente 14 obedeceram aos critérios de inclusão.

Constituíram critérios de inclusão: ter vínculo com o CAPSad há pelo menos três meses; ter regularidade na frequência; estar consciente, orientado/a no tempo e espaço, sem déficit cognitivo moderado ou grave, capaz de compreender e responder as questões propostas nas oficinas (a avaliação foi realizada por informações do prontuário e pela própria pesquisadora). O tempo mínimo de três meses foi determinado por se caracterizar como período de adaptação das pessoas ao processo terapêutico.

Dos/as participantes, 12 eram do sexo masculino e duas do sexo feminino, a maioria era casados e com baixo nível de escolaridade (ensino fundamental incompleto). A idade dos participantes variou entre 20 a 67 anos, média de 43 anos. O tempo de permanência no CAPSad foi de cinco meses a nove anos, considerando-se as modalidades terapêuticas intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Do total, seis faziam uso exclusivo de álcool e oito usavam duas drogas ou mais, entre maconha, cocaína e crack.

Optou-se pela oficina de reflexão para a produção do material empírico. A oficina é considerada ferramenta privilegiada na pesquisa qualitativa, pois possibilita espaços dialógicos de trocas simbólicas e a construção de várias possibilidades; não se restringe ao registro de informações para pesquisa, uma vez que acolhe e sensibiliza as pessoas para a temática trabalhada, permitindo às/aos participantes convívio com a variedade de versões e sentidos sobre o tema (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014). A observação foi utilizada como técnica complementar, que possibilitou ampliar a compreensão do objeto estudado. Utilizamos,

ainda, anotações em diário de campo para complementar os dados coletados nas oficinas. Os registros corresponderam a posturas, falas significativas, comentários sobre fatos ocorridos e registros subjetivos.

Foram realizadas duas oficinas em março/abril/2015, que duraram em média duas horas, conduzidos por música ambiente e técnicas de sensibilização, dinamização, comunicação, reflexão e obedecemos às etapas: apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação; relaxamento. Os encontros foram gravados, fotografados e, posteriormente, transcritos na íntegra para análise e discussão.

A primeira oficina foi denominada “Cuidado no CAPSad” e as reflexões foram estimuladas pelas questões: Como eu me sentia ao chegar no CAPSad? Que experiência de cuidado vivenciei desde a minha chegada? Como essas experiências têm afetado a minha vida?

O segundo encontro foi intitulado “Resgatando cuidado em CAPSad”, iniciado com o resgate dos pontos discutidos anteriormente. A partir de dinâmicas de grupo, os/as participantes identificaram aspectos negativos e positivos das vivências do cuidado e os nomearam para discussão. Entre as categorias empíricas resultantes, é divulgada neste artigo “Cuidado em Centro de Atenção Psicossocial: reconstruindo relações com as drogas” que lhe deu o título.

Os dados foram analisados por meio da técnica de análise de discurso de acordo com Fiorin (2011). Os discursos são posições ideológicas que se expressam por meio de combinações linguísticas, utilizadas para expressar o pensamento de quem necessita se comunicar. É necessário considerar que quando se diz que a linguagem reflete a realidade, não quer dizer que a pessoa é passiva, porém que sua função não consiste em apenas refletir uma realidade, mas realizar uma abstração da prática social (FIORIN, 2011). Para operacionalização dessa técnica, foram seguidas as etapas propostas pelo autor: leitura do texto localizando os elementos concretos e abstratos (figuras e temas); depreensão de temas parciais; agrupamento de temas por blocos de significação e, por último, a construção das categorias empíricas.

Os preceitos éticos estabelecidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta normas e diretrizes para o desenvolvimento de pesquisa envolvendo seres humanos foram obedecidos. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas da Universidade Federal do Vale do São Francisco, emitido em 14 de outubro de 2014, sob parecer nº 0008/141014 CEDEP/UNIVASF. Para assegurar o anonimato dos/as participantes, utilizamos a denominação usuário/a (1 a 14).

Resultados

Os discursos de usuários/as do CAPSad em que este estudo foi realizado evidenciam a importância do suporte da equipe, ajudando a contornar as ameaças que circundam o contexto das drogas.

Os depoimentos do usuário 1, em tratamento por uso de crack, sintetizam luta contra as drogas, sofrimento por reações de abstinência e resistência diante da exposição à substância, com adoção de estratégias de defesa:

Não é fácil para quem quer deixar a droga, se ele não tiver ajuda, não deixa. Quando eu usava a pedra, tinha dias que eu saía querendo morder as paredes, arrancando os dentes, de vontade de fumar, ajoelhava no chão, chorava, orava pedindo a Deus para me libertar. Então eu precisava do apoio de todos da equipe, e eu tinha esse apoio [...] aqui eu aprendi muito a usar de estratégia para com os amigos que vem me oferecer drogas (usuário 1).

Sem pleno autocontrole, mas capaz de reações mais racionais de proteção a partir do acompanhamento pelo CAPSad, ele responde diante da contingência iminente de retorno às drogas:

Então chegou um cara, já chegou com a latinha amassada, dizendo - “tô com duas pedras grandes aqui, uma minha e outra tua, agora é queimar o óleo [...] - “rapaz, eu não posso, minha família tá vindo pra cá”, eu não posso mentir porque sou testemunha de Jeová, mas eu tive que mentir “minha família tá chegando” e eu disse não, não quero (usuário 1).

Assumir que tem problemas com as drogas e que precisa de ajuda são condições defendidas por ele para se iniciar o processo de tratamento:

A gente diz assim “só vou usar dessa vez, não vou usar mais”, mas continua usando. [...] a gente precisa dizer assim, “eu tenho problema com crack”, eu não estou conseguindo deixar, eu preciso de ajuda”. No dia que a doutora falou isso, foi de grande ajuda para mim, chegaram dois craqueiros em casa, eu não aceitei a pedra (usuário 1).

Processos terapêuticos eficazes, que incluem acolhimento, respeito e estratégias para superar o desejo intenso do uso de drogas, são ressaltados em outros discursos como mérito do cuidado oferecido pelo CAPSad, conforme manifestam abaixo:

Os profissionais são como se fossem uns professores pra gente. São eles que estão me alertando pra eu sair desse caminho errado, pois tem sempre alguém que fica atazanando a gente pra ver se volta a beber, a fumar e procurar coisas erradas [...] eu acho assim... o CAPS me tirou aquela vontade de usar a substancia (usuário 6).

Eu me sinto fortalecida aqui dentro [...], eu sou outra pessoa agora, não sou mais aquela que saia de casa, passava lá no bar do meu esposo, pegava bebida escondida, botava na bolsa e ia embora beber. Hoje eu passo tranquila, entro, frequento lá, não tenho mais aquela vontade (usuária 7).

O processo de tratamento inclui possibilidade de recaídas, todavia são representadas por usuários/as como fracasso, encontrando no CAPSad as estratégias para superações, sintetizada no depoimento do usuário 5:

Eu tive uma recaída muito grande e eu não sabia pra onde ir, naquele momento não tinha quem me ajudasse [...] Se eu não tivesse o CAPS, até hoje eu tava naquela atribulação, sempre caindo mais no abismo, no fundo do poço. Eu agradeço muito por estar aqui, aqui aprendi a lidar com as drogas (usuário 5).

Nos depoimentos a seguir, constata-se que o compartilhamento das experiências em atividades grupais foi referido pelos/as usuários/as como momentos de aprendizagem, que fortalecem o processo terapêutico e as relações, com liberdade de falar de si e para o outra/o.

Essa experiência de convivência em grupo é muito boa, pois um conversa com o outro, às vezes, você se sente sozinho em casa e aqui é muito bom, pois se você não sabe fazer uma coisa, o outro ensina (usuário 8).

Aqui é um grupo de ajuda, cada um dá uma opinião na vida do outro, que é importante. Pra mim é importante estar aqui porque pelo menos eu me distraio, saio de casa. Passo o dia em casa sozinho, preso e quando eu saio pro CAPS, pra mim é uma liberdade, acho muito bom estar aqui com os amigos, ouvir as experiências deles (usuário 12).

Nas atividades de grupos, usuários/as se reconhecem na experiência do/a outro/a e a certeza de não estar sozinho/as parece ser agregadora, fortalecendo subjetividades e mobilizando pessoas para construir em ambiente coletivo estratégias de resistência às drogas:

Quando a gente chega aqui, vê que tem outras pessoas que tem os mesmos problemas, a gente se encontra com pessoas que passaram por coisas que a gente passou [...] e ouvir sobre o que as pessoas passaram, me lembra algumas coisas que eu também passei e que eu sei que podem ser superadas [...] então é importante para o meu tratamento estar aqui com o grupo (usuário 13).

Aqui eu acabei escutando vários depoimentos dos companheiros que tem muito a ver comigo, com a minha história. Não sou só eu que sou alcoólatra, que eu sou dependente do álcool, e o CAPS foi a melhor coisa que já aconteceu no momento (usuária 7).

Respeitar a opção do/a outro/a em relação ao modo como lida com as drogas, se opta pela abstinência ou pela redução na variedade ou na frequência, cultiva um clima afetivo, no qual será possível colocar em questão essas decisões, sem julgamentos:

Eu comecei a usar só maconha, depois da maconha, cheirei pó, do pó a bebida alcoólica, aí fiquei usando as três drogas. Hoje, depois do CAPS e da convivência aqui com os companheiros, eu nem ligo mais pra maconha e nem pro pó, só tenho dificuldade para parar a bebida e aqui todos me ajudam bastante (usuário 9). Eu venho botando em prática as coisas que venho aprendendo aqui no CAPS. Uma das coisas é usar estratégias, que eu tenho usado com a bebida, como reduzir a frequência, que tem dado certo, e eu lá na rua não sabia nada disso. Pra mim, eu tava certo quando usava direto (usuário 2).

Conforme depoimentos que seguem, o cuidado oferecido por profissionais do CAPS ad potencializa as condições para responder diante da vontade intensa de usar a droga e, em consequência, abre caminho à reinserção social e ao resgate da cidadania:

Porque agora eu ando de cabeça erguida, eu não tenho que me abaixar e ficar cabisbaixo para ninguém, então isso eu aprendi aqui no CAPS, não vou dizer que aprendi lá fora não. Lá fora eu aprendi o errado, aqui dentro eu aprendi o que é certo (usuário 3).

Essa experiência aqui no CAPS tem me mostrado que apesar das minhas diferenças eu sou alguém de valor. Eu tenho meus valores e eu posso resgatar o que eu perdi e o que eu deixei de ganhar. Então isso me encoraja muito, me dá forças de viver (usuário 4).

Aqui eu tenho encontrado o respeito que eu não tinha, na rua eu era tratado como um vagabundo, como um qualquer [...] aqui aprendi a respeitar as pessoas que antes eu não respeitava e nem era respeitado. Hoje não, eu procuro respeitar as pessoas da melhor maneira possível (usuário 11).

Discussão

No nosso estudo, a análise dos discursos de usuários/as do CAPSad revela as dificuldades pelas quais passaram pessoas com uso problemático de drogas em superar a abstinência, pela privação do consumo, manifestado por intenso sofrimento e alterações comportamentais.

Os depoimentos evidenciaram que existe uma ameaça permanente, sustentada pelo desejo intenso de usar a droga, sem que a pessoa tenha condição de encará-la de frente e o impulso de consumir a substância não a domine, afastando o desconforto da privação. Assim, a luta é diária, contínua e sem indicação do fim.

Pessoas com transtornos por uso de drogas, em situação de abstinência, respondem a impulsos para utilizar a substância, deparando-se com a impotência de raciocinar, respondendo compulsivamente na tentativa de diminuir a tensão que lhe parece impossível controlar por outros meios que não seja o uso. A impossibilidade de saciá-la causa forte sofrimento, ocasionando padrão de recaída recorrente (CHAVES et al., 2011).

As pessoas em tratamento por problemas decorrentes do uso de drogas estão susceptíveis a recaídas. Entretanto, recair não significa que tenham fracassado, mas que estão passando por um processo de reabilitação (LUCCHESE et al., 2013). Desse modo, a recaída faz parte do processo de reconstrução da vida das pessoas, porém é difícil encará-la, ainda mais quando são cientes de que representa ameaça na reconstrução das relações familiares e social (LUCCHESE et al., 2013).

Tão amplas quanto às questões que envolvem os transtornos graves por uso de drogas, são as que dizem respeito ao tratamento. Por ser multicausal, romper o ciclo de dependência é tarefa muito complexa e delicada, o tratamento necessita de abordagem psicossocial e farmacológica, que atenda às necessidades da pessoa e de sua família (CARVALHO et al., 2011).

Em estudo realizado na França sobre a diversidade farmacológica explorada e testada para desintoxicação e abstinência, verificou-se não haver consenso sobre medicamentos com

impacto na vida de pessoas com transtornos causados por drogas. Assim, a recomendação é que a abordagem psicossocial seja complementada pela terapêutica medicamentosa, como possibilidade mais adequada (LACOSTE et al., 2012).

No nosso estudo, pessoas que passaram por situações de recaídas, conviveram com o desapontamento e a decepção. Mas, no aprendizado para a superação, quando em situação de maior controle sob o ímpeto de usar a droga, adotaram com eficácia estratégias para se revigorar e, não ceder pela família, constituindo exemplo, tanto de defesa pessoal como de firme desejo de reatar laços e afetos.

Ressalta-se que a maioria das pessoas começa a usar drogas na adolescência, em busca de sua identidade e pertencimento a grupos, como forma de ser aceita. Jovens estão mais sujeitos/as a frustrações e mais suscetíveis a influências do contexto social em que vivem, consumindo drogas para suprir necessidades afetivas ou fugir de problemas familiares e das responsabilidades que essa nova fase apresenta (CALAFAT FAR et al., 2011; MURILLO-CASTRO; MIASSO, 2011; ORTEGA-PEREZ et al., 2011).

No relatório anual sobre drogas nas Américas visibiliza-se um panorama do uso de substâncias psicoativas e reafirma que há variações no padrão de uso nos diferentes países. Todavia, uma realidade é comum a todos, o uso de drogas em idade cada vez mais precoce, que gera grande preocupação da nação para a elaboração de políticas eficazes abertas para o diálogo (CICAD, 2015).

Pessoas sob os cuidados no CAPSad também revelaram que o convívio com profissionais e companheiros/as representa aprendizagem, compartilhamento de experiências no uso e suas consequências, bem como fortalecimento para construção e manejo de estratégias de autocontrole.

No CAPSad, o ambiente terapêutico efetivo orientado por respeito a singularidades, resgata pessoas, restitui a autoestima e oferece possibilidades para restabelecimento de relações afetadas no contexto social em que se inserem. Assim, nesse cenário, concretiza-se a integralidade do cuidado com importante ênfase ao papel das atividades em grupo. São grupos operativos, espaços de expressão corporal, verbal, musical e artística. Há também assembleias para tomada de decisões compartilhadas entre usuários/as/profissionais e gestor/a.

As atividades grupais em saúde mental se constituem como metodologias assistenciais empregadas por profissionais de saúde com finalidade terapêutica e ferramenta de cuidado, com o objetivo de auxiliar pessoas durante períodos de ajustamento a mudanças, no tratamento de crises ou adaptação a novas situações. São procedimentos que pretendem substituir de modo

predominante os atendimentos individuais, dentro da filosofia da atenção psicossocial (ALVAREZ, et al., 2012).

As atividades grupais constituem excelentes ferramentas para lidar com pessoas que vivenciam problemas com as drogas, pois promovem coesão e apoio, elevam a autoestima, ajudam a autodisciplina e a ressignificar a cidadania (ALVAREZ, et al., 2012). O grupo propicia cultivar uma relação de dialogicidade, traduzida no compartilhamento, facilita a formação de uma consciência crítica, capaz de identificar possíveis riscos, ajudando a enfrentar as crises vivenciadas, além de possibilitar ampliar estratégias para resistir às drogas (LUCCHESI et al., 2013).

Os espaços em grupos estimulam competências para o exercício da autonomia. Permitem as pessoas escutar e ser escutadas, dar conselhos, mostrar estratégias adotadas, falar de suas conquistas, fazer suas próprias construções, estimulando a confiança que transcende o serviço e propicia o empoderamento, a partir de tomadas de decisões que afetam suas vidas (ESLABÃO, 2012). O empoderamento tem assumido significações que se referem ao desenvolvimento de potencialidades, ou seja, o aumento do poder pessoal e coletivo nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles/as submetidos/as a relações de opressão e dominação social (ALVES et al., 2013).

Dados de observações demonstram que no CAPSad em que foi realizada a pesquisa, as atividades grupais permitem elucidar demandas referentes aos problemas decorrentes da droga, além de problematizar questões sobre promoção e prevenção em saúde, qualidade de vida, restrições decorrentes do uso de drogas e vulnerabilidades. No diálogo com pessoas que passaram/passam por situações semelhantes, o sentido do que se experiencia se modifica, assim como seu modo de lidar com o problema.

Para os/as participantes deste estudo, estar sob os cuidados do CAPSad representa segurança, expressa por eles/as como lugar de acolhimento e fortalecimento. Lá encontram espaço para emoções, externando suas angústias e medos, ao enfrentar o temor da recaída. Convivem não com a proibição, mas com estratégias de redução de danos, o que se dando em liberdade, tem sido capaz de fazer com que pessoas optem por não mais utilizar drogas.

A redução de danos possibilita que as pessoas tenham autonomia para tomar decisões referentes à forma de uso, trabalhando suas dificuldades, e como irão nortear seu tratamento. Essa estratégia parte do princípio de que nem todas as experiências com drogas são danosas; nem todos/as que têm relação danosa com as drogas desejam parar de usar; e que os danos podem ser de diversas ordens, cabendo ações integrais em saúde que atendam a singularidades na perspectiva da integralidade (SOUZA; CARVALHO, 2012).

A Estratégia de redução de danos direciona o cuidado na perspectiva da integralidade, fornece abertura ao diálogo entre diferentes modos de lidar com a questão do uso de drogas, pois assume que minimizar danos não é incompatível com estratégias construídas por perspectivas diversas de cuidado em saúde, possibilitando ao/a usuário/a exercer sua autonomia (SANTOS; PAULON, 2015). Nessa perspectiva, a autonomia requer que a pessoa seja capaz de buscar orientação para suas ações, por si mesma, com independência, conforme suas escolhas e decisões (ALVES et al., 2013).

Estudo realizado em CAPSad revela que, quando alguém busca ajuda, quase sempre, é porque tomou consciência de que perdeu algo muito significativo ou está prestes a perder. Movido/a por uma necessidade de apoio, apresenta extrema dificuldade de assumir a sua condição problemática com a droga. Por isso, o período inicial de adaptação e adesão ao processo terapêutico é enfrentado com desafios, até a pessoa assumir que realmente é o que deseja (BRITO; SOUSA, 2014).

As autoras ainda referem que, comumente, são pessoas que há algum tempo perderam o respeito e o apreço de familiares e de quem está a sua volta, já foram julgadas e desacreditadas e, muitas vezes, questionam-se se ainda haverá possibilidade de mudança, se poderia voltar a ter uma vida digna. Nesse momento, a postura profissional deve ser de acolhimento e respeito por aquela pessoa que procura ajuda. É a partir desse encontro que valoriza e acredita no/a outro/a, em seu potencial para a mudança, que o/a usuário/a pode se perceber de forma diferente e iniciar seu processo de reflexão, acreditando que não será mais julgado/a.

O preconceito e a discriminação manifestados pela sociedade, familiares ou mesmo profissionais de saúde, ainda são fatores que dificultam a aplicabilidade de práticas de inclusão social e cidadania, mostrando que ainda temos muito a avançar na efetivação das políticas públicas direcionadas a pessoas que usam drogas (AZEVEDO; FERREIRA FILHA, 2012). A cidadania coloca a pessoa em condições de inclusão social, entretanto, são os projetos de vida de cada um/a que mostram o caminho a seguir (SALLES; BARROS, 2013).

Alguns/as usuários/as encontram dificuldade no processo de reinserção à sociedade. Em geral, trata-se de pessoas que passaram por longos períodos de internação e desenvolveram uma série de limitações de convívio (JARDIM et al., 2015). Sendo assim, não basta somente reinserir, é preciso que o cuidado seja integral, passando por uma reabilitação que ofereça à pessoa possibilidades que a capacitem para a vida em sociedade (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013).

Todavia, o processo da inclusão social não tem sido tarefa fácil, isso porque, a sociedade mostra padrões de comportamento que ditam o que é adequado ou não, surgindo assim, todos

os tipos de preconceitos e estigmas. Além disso, a rede de cuidado psicossocial, que envolve serviços de saúde e comunitários, precisa estar articulada, formar novas conexões, possibilitando ampliar o território de forma que possibilite o cuidado integral, ou o mais próximo disso. É importante, sobretudo, considerar que ninguém consegue cidadania por decreto, a cidadania diz respeito a uma construção social, um processo social complexo. Para adquiri-la, faz-se necessário mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais (PARANHOS-PASSOS; AIRES, 2013).

Ainda que no CAPSad sejam desenvolvidas práticas que atendem a ideais de cidadania, ajudando usuários/as que lá frequentam a enfrentarem os desafios do cotidiano com autoestima revigorada, isso não é suficiente para que essas pessoas se considerem incluídas e tenham sua cidadania resignificada. Pois, na realidade estudada, a Rede de Atenção Psicossocial encontra-se desarticulada, comprometendo, significativamente, a integralidade do cuidado.

Uma das propostas da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial é a construção da cidadania, por meio de ações que estimulem o empoderamento e a autonomia de pessoas. Para que isso ocorra, de fato, são necessárias parcerias entre serviços de saúde e comunitários, que incluam usuários/as em espaços sociais, mediante a concretização de ações intersetoriais que integrem escola, trabalho, lazer e outros espaços sociais (AZEVEDO; FERREIRA FILHA, 2012).

No CAPSad em foco, a equipe de saúde oferece ambiente acolhedor, com escuta atenta, respeito e interesse pelas histórias de vida das pessoas de quem cuidam. A relação terapêutica que se estabelece estimula a valorização de si e culmina na transformação de pessoas, que passam a ressignificar sua relação com as drogas.

Considerações Finais

Os resultados da pesquisa evidenciam que o CAPSad devolveu a pessoas com problemas pelo uso de drogas a valorização de si, por meio do aprendizado de estratégias para se relacionar com as substâncias e restituição da autoestima. Essas estratégias apreendidas passam a ser acionadas mediante identificação de situações de riscos, com intervenções específicas, a partir de dispositivos de automanejo, estimulando-o/a com competências de querer e poder responder diante de supostas ameaças, melhorando o convívio com seus pares, familiares e demais membros da sociedade.

As atividades grupais foram ressaltadas pelos/as participantes como importante estimulador do autocontrole, por proporcionar orientações em clima de compartilhamento e aceitação. Apresenta-se, desta forma, como excelente recurso terapêutico às questões decorrentes do uso de drogas, pois promove a transversalidade das relações e viabiliza discussões acerca dos problemas vivenciados, podendo posteriormente ser convertidos em estratégias de resistência.

A política de redução de danos, que direciona as práticas de cuidado no CAPSad, reconhece e valoriza as particularidades de cada um/a e acolhe o que está sendo solicitado no momento. O importante é o respeito à liberdade de escolha, à medida que as experiências do serviço mostram que algumas pessoas não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo assim, precisam minimizar os riscos decorrentes do seu uso, além de apoio contra o estigma e o preconceito, mediante ações que atendem a singularidades na perspectiva da reinserção social e da integralidade.

Apesar dos avanços já conseguidos, não podemos assegurar se houve ressignificação da cidadania das pessoas em tratamento que participaram do nosso estudo, uma vez que ressocializar exige estar socialmente inserido e dotado/a de papéis e funções sociais oriundos da vida em sociedade.

Contudo, o conhecimento produzido pela pesquisa permite afirmar que as experiências vivenciadas por usuários/as do CAPSad se pautam em práticas de cuidado acolhedoras na perspectiva da integralidade, capazes de estabelecer vínculos e produzir mudanças e reinserção social de pessoas, pautadas em resultados desejados, ainda que estas reinserções estejam, quase sempre, limitadas ao seu contexto familiar e ao próprio CAPSad.

Referencias

ALARCON, Sergio; BELMONTE, Pilar Rodrigues; JORGE, Marcos Aurélio Soares. O campo de atenção ao dependente químico. In: ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. (Orgs). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

ALVES, Tarcísio Castro Alves et al. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental. **Physis**. v. 23, n.1, p.51-71. 2013.

ALVAREZ, Simone Quadros et al. Grupo de apoio/ suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev Gaúcha Enferm**. v.33, n.2, p.102-108. 2012.

AZEVEDO, Elisângela Braga; FERREIRA FILHA, Maria de Oliveira. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. **Rev Ciência & Saúde**. v. 5, n. 2, p. 60-70, 2012.

BRITO, Rafaella Medeiros de Mattos; SOUSA, Tiago Monteiro. Dependência química e abordagem centrada na pessoa: contribuições e desafios em uma comunidade terapêutica. **Rev. abordagem gestalt**. v.20, n.1, p. 77-85. 2014.

CHAVES, Tharcila. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e exusuários. **Rev. Saúde Pública**. v.45, n.6, p. 1168-75. 2011.

COSTA-ROSA, Abílio. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp; 2013.

CALAFAT FAR, A.; JUAN JEREZ, M.; DUCH MOYÁ, M.A. Conductas de riesgo de jóvenes turistas españoles de vacaciones en Mallorca e Ibiza: consumo de alcohol, drogas y otros riesgos para la salud. **Rev Española Drogodependencias**. v.36, n. 2, p.137-48. 2011.

CARVALHO, Flávia Regina Mendes et al. Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Colomb Med**. v. 42, supl 1, p. 57-62. 2011.

ESLABÃO, Adriane Domingues et al. Grupo oficina de mulheres dependentes químicas: um relato de experiência. **Cienc Cuid Saude**. v. 11, n. 4, p. 808-812. 2012.

FIORIN, José Luiz. **Linguagem e ideologia**. São Paulo: Ática; 1 ed. (rev. e atualizada.) São Paulo: Ática; 2011.

Inter-American Drug Abuse Control Commission. **Report on drug use in the Americas**. OAS Official Records Series; OEA/Ser. L. Washington, D.C, 2015.

JARDIM, Vanda Maria da Rosa et al. Limitações de comportamento social entre usuários da Rede de Atenção Psicossocial no sul do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v.20, n. 5, p. 1371-1378. 2015.

LACOSTE J. et al. Addiction to cocaine and other stimulants. **Presse Med**. v.41, n.12 p.1209-20. 2012.

LUCCHESI, Roselma. et al. A busca por ajuda de usuários de álcool e outras drogas em um centro de atenção psicossocial. **Indagatio Didactica**. v. 5, n. 2, p. 949-60. 2013.

MURILLO-CASTRO, Lígia; MIASSO, Adriana Inocenti. Visión de jóvenes Costarricenses, de zonas rurales, en un programa de rehabilitación, sobre el consumo de drogas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n. spe, p.796-803. 2011.

OLIVEIRA, Raimunda Félix de et al. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**. v.17, n.11, p. 3069-3078. 2012

ORTEGA-PÉREZ, Carlos Alexander; COSTA-JÚNIOR, Moacyr Lobo.; VASTERS, Gabriela Pereira. Perfil epidemiológico de la drogadicción en estudiantes universitários. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n. spe, p. 665-72. 2011.

PINHEIRO, Roseni. et al. **Integralidade sem fronteira**: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado. CEPESC/IMS/ABRASCO, Rio de Janeiro; 2012.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sonia. Exclusão/inclusão social de usuários de um centro de atenção Psicossocial na vida cotidiana. **Texto Contexto Enferm**. v.22, n.3, p. 704-12. 2013.

SANTOS, Loiva Maria De Boni; PAULON, Simone Mainieri. Do trágico à clínica do possível no cuidado de usuários de drogas. **Athenea digital**. v.15, n. 3, p.173-191. 2015.

SOUZA, Tadeu de Paula; CARVALHO, Sergio Resende. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Polis e Psique**. v. 2, n. temático, p. 37-58. 2012.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera Mincoff; MEDRADO, Benedito. Oficina como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & sociedade**. v.26, n.1, p. 32-42. 2014.

PARANHOS-PASSOS, Fernanda; AIRES, Suely. Reinserção social de portadores de sofrimento psíquico: o olhar de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**. v. 23, n. 1: 13-31. 2013.

6.3 DESARTICULAÇÃO DA REDE PSICOSSOCIAL COMPROMETENDO A INTEGRALIDADE DO CUIDADO

Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho^I; Edméia de Almeida Cardoso Coelho^{II}; Jeane Freitas de Oliveira^{III}

I. Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-PPGENF/UFBA. Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco- UNIVASF. E-mail: fatimaaguiar@hotmail.com.br

II. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia. E-mail: edmeiacelho@gmail.com

III. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia. E-mail: jeane.foliveira@outlook.com

Resumo

Objetivo: discutir a articulação da Rede de Atenção Psicossocial a partir da concepção de profissionais de um CAPSad da Região do Submédio São Francisco, Pernambuco/Brasil. Metodologia: estudo de caráter qualitativo, tendo integralidade como categoria de análise, realizado com nove profissionais que atuam no serviço. O material empírico foi produzido por meio de duas oficinas de reflexão, com foco nas experiências de cuidado vivenciadas e analisado pela técnica de análise de discurso. Resultados: profissionais referem estar inseridas/os em uma rede de serviço desarticulada, destoante dos princípios da Política Nacional de Saúde Mental, que repercute diretamente na resolutividade do cuidado prestado no CAPSad. Conclusão: a lógica operada na Rede de Atenção Psicossocial tende a reduzir o cuidado de pessoas que usam drogas ao CAPSad, comprometendo, significativamente, a integralidade do cuidado.

Descritores: Serviços de saúde mental; Integralidade em saúde; Usuários de drogas; Profissional de saúde

Abstract

Objective: To discuss the articulation of Psychosocial Care Network from the professional design of a CAPSad of the Submiddle Region of San Francisco, Pernambuco / Brazil. Methodology: qualitative study, that has integrality as a category of analysis, conducted with

nine professionals working in service. The empirical material was produced by two reflection workshops, focusing on care experiences and analyzed by speech analysis technique. Results: professionals report being inserted in a disjointed service network, jarring from the principles of the National Policy of Mental Health, which has a direct impact on the resoluteness of care provided in CAPSad. Conclusion: the logic operated in Psychosocial Care Network tends to reduce the care of people who use drugs to CAPSad, compromising the comprehensive care.

Keywords: Mental health services; Integrality in health; Drug users; Healthcare professional

Resumen

Objetivo: analizar la articulación de la Red de Atención Psicosocial de los profesionales del diseño de un Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas. Método: Estudio cualitativo realizado con nueve profesionales de un CAPSad. El material empírico fue producido por dos talleres de reflexión, centrándose en las experiencias del cuidado experimentados y se analizó mediante la técnica de análisis de voz, e integridad como categoría analítica. Resultados: Los profesionales informan que son insertados / en una red de servicios desarticulada, que sacude los principios de la Política Nacional de Salud Mental, el cual tiene un impacto directo sobre la firmeza de la atención prestada en la unidad. Conclusión: la lógica que opere en la Red de Atención Psicosocial tiende a reducir la atención de las personas que usan drogas a CAPSad, comprometiendo la atención integral.

Descriptores: Servicios de salud mental; Integralidad en salud; Usuarios de drogas; Profesional de la salud

Introdução

O Brasil é reconhecido no cenário internacional como referência pelo desenvolvimento de uma Política de Saúde Mental pautada na superação da lógica manicomial por meio da substituição do hospital psiquiátrico por uma rede de base comunitária e territorial, centrada na garantia do cuidado em liberdade e no exercício de cidadania (DESVIAT, 2011; GULBENKIAN, 2015).

A Reforma Psiquiátrica busca assegurar serviços extra-hospitalares para atenção a pessoas com transtornos mentais e por uso de drogas. Essa alteração representa avanço em

relação ao modo como a assistência era prestada antes da Reforma, basicamente nos hospitais psiquiátricos (COSTA-ROSA, 2013).

As contribuições dos primeiros Centros/Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) são consideradas marco da construção do ideário das práticas da Atenção Psicossocial, que vão além da Psiquiatria reformada. A partir da lei 10.216/2001 da Reforma, os CAPS são considerados os dispositivos estratégicos de saúde mental, por se organizarem em equipes multidisciplinares e complementares e procurarem atender às diferentes necessidades das pessoas em seu processo de tratamento e reabilitação (OLIVEIRA, et al., 2012).

A Atenção Psicossocial se alicerça como política pública, demarcando saberes e fazeres atravessados por um ideário ético-político emancipatório e substitutivo ao da psiquiatria organicista e medicocentrada, ainda prevalente nas práticas atuais. As experiências positivas dos CAPS consideram que as questões de Saúde Mental não são restritas à área da Psiquiatria, mas perpassadas por aspectos sociais, políticos e históricos, na relação com a família, comunidade e sociedade, resultando na integralidade da atenção pautada na Política de Redução de Danos (COSTA-ROSA, 2013).

A integralidade da atenção a pessoas que usam drogas pressupõe ampliação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com articulação das ações dos profissionais, em uma visão abrangente permeada pelo acolhimento, por meio do qual se desenham projetos terapêuticos pautados nas necessidades apresentadas e na disponibilidade da escuta, traduzindo-se na consolidação de vínculos, responsabilização e acesso aos diversos níveis de atenção (OLIVEIRA, et al., 2012).

A RAPS destina-se ao atendimento das demandas decorrentes de transtornos mentais ou por uso de álcool e outras drogas, desde a Atenção Primária, serviços especializados (CAPS e outros), hospitais gerais com leitos de referência para Saúde Mental, serviços de urgência/emergência, geração de renda e trabalho, centros comunitários e outras alternativas no território, a depender da realidade de cada município (MIELKE et al., 2011).

A RAPS conta com mais de 2.300 CAPS, nos quais trabalham mais de 30.000 profissionais, com 700 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 39.228 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), 3.898 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e 129 equipes de Consultório na Rua (CnR), que asseguram a ampliação e qualificação das ações de saúde mental, álcool e outras drogas na atenção básica, além da inclusão da Rede de Atenção às Urgências (RAU) e na atenção em hospital geral (BRASIL, 2015).

Entretanto, para essa rede ser caracterizada como eficiente, precisa estar muito bem articulada, visto que um serviço precisa permanentemente do outro, face à complexidade das

demandas de inclusão de pessoas socialmente excluídas, a exemplo de usuárias de álcool e outras drogas. Além disso, é necessário que os dispositivos que a compõe dialoguem na mesma lógica de Redução de Danos.

A Redução de Danos, tomada como diretriz do cuidado em Saúde Mental, parte do princípio de que nem todas as experiências com drogas são danosas; nem todas as pessoas que têm relações danosas com as drogas desejam parar de usá-las; os danos produzidos podem ser de diversas ordens, demandando ações que atendam essas diversidades singulares, estabelecendo que parar de usar drogas como meta terapêutica é uma possibilidade e não a única meta para todas as pessoas (SOUZA; CARVALHO, 2012).

Pesquisa internacional sobre Redução de Danos relata que, apesar de 97 países apoiarem a abordagem de forma explícita, por meio de políticas oficiais, na prática a implementação dos programas de redução de danos tem acontecido de forma lenta, dos quais muitos permanecem na fase piloto (BEG; STRATHDEE; KAZATCKINE, 2014).

A proximidade da atenção psicossocial com família e comunidade possibilita que a Estratégia Saúde da Família (ESF) seja a principal parceira do CAPS, uma vez que essa estratégia, por meio da Atenção Primária, tem poder de inserção maior no território. Essa parceria entre CAPS e ESF fortalece a rede de cuidado e cria novas possibilidades na atenção de pessoas com transtornos decorrentes do uso de drogas, além de facilitar o trânsito no território subjetivo das pessoas, estabelecendo relações de confiança, disponibilidade e afetividade (CORTES et al., 2014).

No entanto, estudos mostram que a prática do cuidado em saúde mental não é exercida em rede, ficando centralizada no CAPS, por falta de articulação, comunicação, inexistência de fluxograma organizativo dos serviços integrantes e pela necessidade de apoio matricial para o trabalho de saúde mental na Atenção Primária (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011; CORTES et al., 2014; GAZIGNATO; SILVA, 2014).

Como profissionais que vivenciamos as dificuldades de interação desses espaços de atenção, afirmamos que, nem sempre, a Atenção Básica apresenta condições para lidar com especificidades que permeiam o uso de drogas. Falta infraestrutura nas unidades de saúde e qualificação de profissionais, prejudicando o desenvolvimento da integralidade da atenção. Tais dificuldades afetam o CAPSad, cuja dinâmica de trabalho pressupõe a parceria com a rede que dá suporte no nível primário.

No sentido de oferecer elementos para explicar a realidade e apontar caminhos para a interação entre a RAPS nos seus diferentes níveis foi desenvolvido, como parte de pesquisa

mais ampla, este estudo objetivou discutir a articulação da RAPS a partir da concepção de profissionais de CAPSad.

Metodologia

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, tendo integralidade como categoria de análise, desenvolvido em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas/CAPSad da região do Submédio São Francisco, Pernambuco/Brasil. O serviço lócus da pesquisa foi implantado em maio de 2006, com o propósito de desenvolver ações de cuidado individual e coletivo, dentro e fora do espaço institucional. Foi destinado a pessoas com uso problemático de drogas, maiores de 18 anos, e para seus familiares, em uma proposta fundamentada na política de redução de danos. Esse serviço funciona de segunda à sexta, das 8:00 às 17:00 horas e tem 198 pessoas cadastradas, de acordo com a modalidade de cuidado: 36 intensivas, 115 semi-intensivas e 47 não intensivas.

No período da produção de dados, a equipe multi/interprofissional era constituída de 14 trabalhadoras/es, dos quais seis eram profissionais de saúde das seguintes categorias: assistente social, enfermagem, medicina, farmácia e psicologia. Os demais eram profissionais que atuavam na recepção, portaria, cozinha e serviços gerais.

A integralidade se expressa nas características das práticas de saúde, pautada por valores fundados na garantia da autonomia, no exercício da solidariedade e no reconhecimento da liberdade de escolha do cuidado e da saúde que se deseja. Muito além de identificar demandas, entender as necessidades das pessoas, por vezes ocultas pela face da doença (VIEGAS; PENNA, 2013).

Na Saúde Mental, a formatação da RAPS está consolidada à perspectiva da integralidade, visando à integração dos dispositivos que a compõem e a interdependência dos/as envolvidos/as, entendendo que nenhum serviço dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução de demandas, resultando em qualidade, eficiência, eficácia e resolutividade (BRITO et al., 2013).

A integralidade é, portanto, consubstanciada por meio de práticas de saúde que certifiquem ações resolutivas nos diversos níveis de atenção, atentando para singularidades de pessoas. Nessa acepção, o cuidado se realiza com acolhimento, escuta sensível, vínculo e responsabilização, valorizando-se a influência do contexto em que as necessidades são geradas (COELHO et al., 2012).

Os critérios para inclusão das/os participantes foram: atuar no CAPSad proposto como local da pesquisa há pelo menos cinco meses e não estar afastada/a por licença médica ou prêmio. O tempo foi estabelecido por considerarmos adequado à devida inserção na rotina do serviço, bem como para garantir a participação de todas as categorias, visto que uma profissional estava inserida no tempo mínimo indicado.

Para atender ao objeto deste estudo, foram considerados depoimentos de nove profissionais que obedeceram aos critérios estabelecidos. Categoria da saúde: uma assistente social, uma enfermeira, uma farmacêutica, um médico, duas psicólogas, uma exercia também a função de coordenadora. Profissionais de outras áreas: uma recepcionista, uma cozinheira e um porteiro. A maioria era solteira, com média de idade 38 anos, variando de 24 a 53 anos. O tempo de atuação no CAPSad era de cinco meses a nove anos, média de dois anos e seis meses. O médico cursou residência em psiquiatria e especialização em dependência química e uma das psicólogas concluiu mestrado em Saúde Coletiva. Os/as demais adentraram no serviço sem antes terem trabalhado ou se qualificado na área, realizando cursos de curta duração sobre álcool e outras drogas posteriormente.

O material empírico foi produzido por meio de oficina de reflexão, que é considerada ferramenta ético-política privilegiada, pois permite a criação de espaços dialógicos de trocas simbólicas e acolhe e sensibiliza as pessoas participantes para a temática trabalhada, permitindo convívio com uma variedade de versões e sentidos sobre o tema (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014).

Foram realizadas duas oficinas de reflexão em julho e agosto/2015, intituladas: Cuidado no CAPSad e Resgatando o cuidado em CAPSad.

A primeira oficina foi desenvolvida a partir das questões que geraram reflexão e discussão: Quem é a pessoa que frequenta o CAPSad? Que experiências tenho vivenciado com essas pessoas desde que comecei a trabalhar aqui? Essas experiências de cuidado têm atendido às necessidades de usuários/as?

Na segunda oficina, foi realizado resgate do encontro anterior. Em seguida, foi solicitado aos/às profissionais que identificassem aspectos positivos e negativos no processo do cuidado no CAPSad, a partir de dinâmica em que participantes identificaram simbolicamente tais aspectos e os nomearam para discussão.

Os encontros duraram em média duas horas e obedeceram às etapas: apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação e descontração/relaxamento. As oficinas foram gravadas, fotografadas, e posteriormente,

transcritas na íntegra para análise e discussão. Do material empírico produzido, foi explorada neste artigo, a categoria que lhe deu o título.

O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso proposta por Fiorin. Segundo o autor, o discurso representa uma posição social cujas representações ideológicas são materializadas na linguagem e, na medida em que é analisado, é revelada a visão de mundo do sujeito inscrito no discurso. Para operacionalização da técnica, foram seguidas as etapas: leitura do material para identificar elementos concretos (figuras) e abstratos (temas); apreensão de temas parciais; agrupamento dos temas parciais em blocos de significações; formulação de subcategorias; e formulação de categorias empíricas centrais (FIORIN, 2011).

Foram respeitados todos os preceitos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, referente às normas éticas de pesquisas envolvendo seres humanos. A participação foi livre e voluntária, mediante consentimento informado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Obteve-se aprovação prévia do Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas da Universidade Federal do Vale do São Francisco, emitido em 14 de outubro de 2014, sob parecer nº 0008/141014 CEDEP/UNIVASF. Para assegurar o anonimato das/os participantes, não identificamos o município e utilizamos a categoria profissional nos discursos.

Resultados

As/os profissionais referiram estar inseridas/os em uma rede de serviços desarticulada, que destoava dos princípios da Política Nacional de Saúde Mental. Essa preconiza uma rede aberta, com conectividade dos pontos de atenção, diálogo entre profissionais e cuidado compartilhado:

O CAPS, para funcionar, tem que estar articulado com outros serviços, a gente lida com uma rede que é insuficiente na sua comunicação, na sua forma de atuação, e a gente tenta estabelecer esse elo [...] com a própria rede de saúde. Além disso a gente precisa se articular com o social, com a educação, mas, às vezes, dentro da própria saúde não conseguimos nos comunicar (psicóloga 2).

Outra dificuldade é a desarticulação de rede, da própria saúde [...] por exemplo, hoje a gente está tentando articular com outro serviço, ver o melhor para o paciente e não estamos conseguindo falar (enfermeira).

A rede de serviços é referida por profissionais como ineficiente e comprometedora dos princípios da política, impondo barreiras à continuidade do cuidado, o que se constata nas falas:

Essas dificuldades denunciam a ineficiência da rede, Programa Saúde da Família, Assistência Social, a gente sente que o CAPS sozinho, sem essas parcerias, fica ainda mais difícil [...] é a continuidade desse cuidado que precisa existir para ser completo, muitas vezes precisamos do outro serviço e não temos esse apoio (psicóloga 1).

A gente faz um acompanhamento, mas, às vezes, chega lá na frente não tem essa continuidade, mas no que depende do nosso serviço, dos profissionais daqui a gente está atendendo essa demanda (assistente Social).

O cuidado assumido por profissionais como diferenciado dos outros serviços, com acolhimento e valorização de demandas que não se adequam ao modelo da queixa - conduta, sofre rupturas quando são feitos encaminhamentos a outras instituições, conforme expresso:

Da mesma forma que o paciente chega aqui e é acolhido, é bem tratado pela equipe, eles levam para outras unidades (a expectativa) por esse estilo de atendimento que tem aqui. Nos outros serviços não é assim, existem muitas dificuldades, mesmo nos hospitais, existem unidades de saúde que trabalham com uma realidade bem diferente (médico).

A gente faz o melhor, mas a gente encaminha e lá no outro serviço, o paciente não é bem recebido, reclamam sempre disso [...] ou então a gente não tem o retorno, isso dificulta muito, essa falta de articulação (enfermeira).

Os efeitos produzidos pela inoperância da RAPS tem como uma de suas consequências o prolongamento do tempo de permanência no CAPSad, o que leva à cronificação de usuários/as:

Quando o paciente não tem apoio nenhum, a possibilidade dele não se motivar é muito grande, esse paciente precisa estar mais tempo aqui, então, vai se cronificando [...] você trabalha pra ele continuar lá fora, mas ele não consegue se estabilizar, então tem sempre esse movimento de estar próximo do CAPS, aqui eles conseguem na instituição o apoio que necessitam e não tem em outro lugar. Quanto maior o apoio que ele tiver, da família, dos amigos, da rede de serviços, menos ele precisará daqui, não se cronificando (médico).

A pessoa, às vezes vem aqui passa uma manhã, duas, três vezes por semana, ou até todo dia, mas o que estamos fazendo por ela pode se desfazer, pois lá fora é muito diferente e muitas vezes ela não tem apoio (repcionista).

Lá fora a dificuldade é grande, eles não têm suporte, é difícil estimular essa pessoa a continuar batalhando na vida, então eles vão ficando por aqui (farmacêutica).

Discussão

Partimos da compreensão de rede de atenção como um conjunto de serviços vinculados entre si por objetivos comuns, com ações articuladas, cooperativas e interdependentes e que visam ofertar atenção integral e contínua a determinada população (BRASIL, 2014)

A constituição da rede requer mais do que a existência de serviços que atendam à população, sendo imprescindível o diálogo entre os dispositivos que a integram, pois, a solidez da estrutura da rede está alicerçada nas relações interpessoais dialógicas (MENDES, 2011). Essas características se coadunam com o compartilhamento das ideias da Reforma Psiquiátrica e com uma prática cotidiana crítica, reflexiva, criativa e integral. Entretanto, esse ideário não se confirma nos depoimentos dos/as profissionais, que se referem a uma desarticulação da RAPS, questionando-se o modo como se efetiva a sua organização.

A RAPS do município em que foi desenvolvido este estudo está constituída por variados serviços: um CAPS II, um CAPSad II (adequando-se para CAPSad 24 horas na época da pesquisa), um CAPSi (CAPS Infantil), uma equipe de Consultório na Rua (CR) e seis leitos no Serviço Hospitalar de Referência (em processo de implantação). De acordo com as políticas que a norteiam, esses serviços devem ser parte da atenção primária e atenção especializada, como SAMU e Policlínica na tentativa de assegurar a integralidade do cuidado.

Todavia, os depoimentos das/os profissionais do CAPSad mostram realidade diferente do que se pretende de uma rede integrada, articulada e efetiva nos seus diferentes pontos de atenção. O atendimento pelo CAPSad, com acolhimento e responsabilização, sofre descontinuidade por ocasião do encaminhamento a outros serviços, onde usuários/as tem expectativas frustradas na medida em que se rompe a teia em que se encontravam articulados enquanto em acompanhamento pelo CAPSad.

A produção do cuidado no território adotado pela RAPS envolve relações inter/intrapessoais e inter/institucionais. Portanto, deve ser constituída levando-se em consideração os serviços de saúde e a rede comunitária (igrejas, escolas, justiça) mediada por

canais de comunicação, numa relação de parceria, em que se somam importantes pontos de constituição de cuidado (DUTRA; OLIVEIRA, 2015).

A lógica operada no *locus* do nosso estudo tende a reduzir o cuidado à vinculação da pessoa ao CAPSad. Os serviços trabalham desconectados, sem comunicação com outras instâncias, como educação, justiça, escola e assistência social, até mesmo com outros serviços de saúde, dificultando o cuidado no território.

Nesse sentido, entende-se por território o lugar no qual se realiza a vida comunitária, diz respeito ao espaço onde se estabelece toda rede de relações existenciais, onde a vida cotidiana acontece, dando sentido ao lugar habitado. Assim, para o cuidado territorial se concretizar, é necessária a utilização de todos os componentes, saberes e forças da comunidade, que apresenta demandas, propõe soluções e constrói objetivos comuns (GAZIGNATO; SILVA, 2014).

A Atenção Psicossocial tem sua proposta orientada pela integralidade. Nessa perspectiva, o trabalho da equipe deve ocorrer de forma coletiva e demandar compromisso por parte dos/as envolvidos/as, profissionais, pessoas usuárias do serviço, familiares e comunidade. Define-se como a clínica do saber/fazer, que considera a história de vida da pessoa no território, suas relações sociais, afetivas e familiares, portanto, o foco não é o transtorno, mas a pessoa e seu contexto social (MIELKE et al., 2011).

De acordo com os depoimentos manifestados, não se visualizam ações concretas nesse sentido na rede do município em questão, evidenciando-se não haver clareza quanto à coordenação da RAPS. A nossa pesquisa corrobora com estudo realizado em Porto Alegre/RS, onde se verificou que o CAPS II acaba por inserir na modalidade intensiva pessoas que não necessitam desse tipo de cuidado, porque entende que, na “rede”, não existem serviços que possam oferecer suporte a essas pessoas “desassistidas”, contribuindo, de certa maneira, para a centralização no CAPS, no momento em que esse serviço se responsabiliza por demandas que deveriam ser encaminhadas para outros níveis de atenção à saúde (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011).

Outros estudos apontam que pessoas que poderiam ser acolhidas na Atenção Primária acabam sendo encaminhadas aos CAPS e/ou a outros serviços especializados, permanecendo neles por um tempo maior do que deveriam (MIELKE et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2012).

Profissionais participantes da nossa pesquisa relataram que usuários/as permanecem por tempo indeterminado no CAPSad, por falta de suporte na rede de saúde. Mostraram preocupação com a institucionalização e a cronificação “veladas” dessas pessoas, o que

reproduz, de certa forma, o modelo manicomial, contrariando os princípios da Reforma Psiquiátrica, que investe na desinstitucionalização, reconstrução da autonomia e da cidadania.

De certo modo, pessoas com transtornos por uso de drogas, veem o CAPSad não somente como um espaço terapêutico, mas também como única alternativa para acolhimento de carências afetivas e de trocas sociais e simbólicas. Sem garantia de continuidades na Atenção Primária e de reinserção social, tornam-se dependentes da atenção pelo CAPSad, o que interfere na reconstrução de sua autonomia.

É preciso considerar que a saída do CAPSad não significa desassistência, ao contrário, é nesse momento que os outros serviços da rede, em especial a Atenção Primária, por meio da ESF, precisam mostrar que estão aptos a acolher e oferecer suporte às pessoas e a seus familiares dentro do seu território. Nesse momento, é preciso discutir os benefícios da saída do serviço e mostrar a ele/a que não será uma perda, mas uma conquista de outra etapa do tratamento, que lhe possibilitará construir novos vínculos com outras instituições e pessoas (MIELKE et al., 2011).

Destaca-se que o Apoio Matricial é uma estratégia de gestão do Ministério da Saúde, pensada com fins de amenizar os problemas de articulação da rede e organizar o processo de trabalho de profissionais, favorecendo abertura para o território com uma lógica diferente do encaminhamento, considerando que preconiza o compartilhamento do cuidado entre equipe de referência e equipe de suporte, valorização de espaços de saberes-fazer, provocando a corresponsabilização de profissionais/usuários/as. A médio e longo prazo espera-se que profissionais da Atenção Primária se tornem capazes de atender demandas que dispensem encaminhamentos desnecessários para os CAPS e outros serviços especializados, aumentando a capacidade resolutiva da rede (SCHEIBEL; FERREIRA, 2011).

Diante da realidade apresentada nos depoimentos das/os profissionais, pode-se verificar a contraposição existente entre o que é proposto pela Reforma e a realidade concreta na rede de Saúde Mental do município estudado. Os resultados reforçam a importância da responsabilização tanto da Atenção Primária, quanto dos demais serviços que compõem a RAPS no que se refere ao cuidado de pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas, considerando que o CAPSad não é suficiente para cobertura das demandas.

A desarticulação da rede retrata a presença da referência histórica da atenção à saúde mental, representada por modelo que isola quem nela se insere como demandante de cuidados. Essa permanência gera contradições com a Política Nacional de Saúde Mental, que se propõe a superar o instituído e encontra neste estudo o CAPSad como espaço de possibilidades.

Considerações Finais

No CAPSad *locus* desta pesquisa, profissionais referem-se a um cuidado que se concretiza por meio de práticas regidas pelo acolhimento, escuta sensível, vínculo e responsabilização, dimensões da integralidade. Todavia, essa fica comprometida em seu alcance pela desarticulação e ineficiência da RAPS, que repercute diretamente na resolutividade do cuidado prestado.

Há contraposição entre o que é proposto pela Política Nacional de Saúde Mental e a realidade da rede psicossocial do município, onde a lógica operada tende a reduzir o cuidado de pessoas decorrentes do uso abusivo de drogas, à vinculação ao CAPSad.

Nos discursos de profissionais evidenciam-se dificuldades e obstáculos para o acesso de pessoas a outros serviços, ficando a assistência restrita ao CAPSad. Na prática, não existem parcerias interinstitucionais para compartilhar as demandas, repercutindo no processo de trabalho da equipe.

Ressaltamos que as questões relacionadas ao uso abusivo ou à dependência de drogas não são estáticas, movimentam-se traçando caminhos próprios e indicam as modalidades de serviços que necessitam. A Atenção Primária, em especial a ESF, que seria o principal elo com os CAPS, não é apresentada pela equipe do CAPSad como espaço de acolhimento de pessoas que usam drogas. Esse panorama é preocupante, pois a ESF constitui dispositivo, junto com o CAPS, para nortear a dinâmica da rede, além de ser o espaço para onde se direciona o movimento de desinstitucionalização e descentralização da atenção em saúde mental.

Destaca-se que a desarticulação entre os serviços conduz a uma centralização da atenção ao CAPSad, implicando em tempo indeterminado da permanência de pessoas, por falta de suporte nos serviços para continuidade ao tratamento, conduzindo veladamente para institucionalização e cronificação de processos, que poderiam ser abreviados com a interação efetiva entre espaços de cuidado. Com isso, ratifica-se a prática hegemônica de produzir saúde e se repete por meio dela às ações da psiquiatria tradicional, em franca contradição com o modelo de atenção construído para romper com tal lógica.

A amplitude e a complexidade das questões da RAPS mostram a necessidade de integrar o CAPSad aos serviços de Atenção Primária, tendo a ESF como uma das principais articuladoras desse processo. Com isso, o modelo de atenção proposto torna-se descentralizado do CAPS, com oferta de serviços no território, mais próximos das residências das pessoas, desafogando o referido serviço. Para efetividade da integralidade, faz-se necessário que o

cuidado seja continuado e articulado em rede, com ações resolutivas das equipes, regidas pelo acolher, informar, escutar, estabelecer vínculos e se responsabilizar.

Por fim, concluímos que é fundamental implementar e/ou mesmo *sacudir* essa rede, a fim de torná-la eficiente ao que lhe é proposto. Na realidade estudada, percebe-se que a quantidade e variedade de serviços que ofereçam assistência nos diversos níveis de atenção no município são suficientes para atender pessoas que usam drogas, mas requer, impreterivelmente, a ativação de redes de diálogo e planejamento de fluxos com ações resolutivas e complementares, regidas pelo acolhimento, escuta sensível, vínculo e responsabilização, aspectos também indispensáveis para qualidade do cuidado, quando se trata de integralidade.

Referencias

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde/Diretoria de Atenção Básica – DAB. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial

BRITO, Maria José de Menezes et al. Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. **Esc. Anna Nery**, v.17, n.4, p.603-10. 2013.

BEG, Mônica; STRATHDEE, Steffanie; KAZATCKINE, Michel. **International Journal of Drug Policy**. v. 26, Sup 1. 2014.

CORTES, Laura Ferreira et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.16, n.1, p.84-92, 2014. Disponível em: www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a10.pdf

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al. Association between unplanned pregnancy and the socioeconomic context of women in the area of family health. **Acta paul. Enferm.** v. 25, n. 3, p. 415-422. 2012.

COSTA-ROSA, Abílio. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp; 2013.

DESVIAT, Manuel. Panorama internacional de la reforma psiquiátrica. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.16, n.12, p.4615-4621. 2011.

DUTRA, Virgínia Faria Damásio; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes. Revisión integradora: las prácticas territoriales de cuidado en salud mental. **Aquichán**. v.15 n.4, p. 529-40. 2015.

FIORIN, José Luiz. **Linguagem e ideologia**. São Paulo: Ática; 1 ed. (rev. e atualizada.) São Paulo: Ática; 2011.

GAZIGNATO, Elaine Cristina da Silva; SILVA, Carlos Roberto de Castro e. Saúde mental na atenção básica: o trabalho em rede e o matriciamento em saúde mental na Estratégia de Saúde da Família. **Saúde Debate**. v.38, n.101, p.296-304. 2014.

Gulbenkian Global Mental Health. **Technical report “Human Rights of People with Mental Disabilities”**. Department of Health and Human Development. Lisboa, Portugal, 2015. <http://www.globalmentalhealth.org/sites/default/files/docs/GulbMHPlatf.pdf>

MENDES, E.V. **Redes de atenção à saúde**. Organização Pan-americana da saúde. Brasília, 2011.

MIELKE, Fernanda Barreto et al. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trab. Educ. saúde**. v.9, n 2, p. 265-76. 2011.

OLIVEIRA, Raimunda Félix de et al. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciênc Saúde Colet**. v.17, n.11, p.3069-78. 2012.

SCHEIBELB, Aline; FERREIRA, Lígia Hecher. Acolhimento no CAPS: reflexões acerca da assistência em saúde mental. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v.35, n.4. 2011.

SOUZA, Tadeu de Paula; RESENDE, Sergio. Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. **Polis e Psique**. v. 2, n. temático, p. 38-58. 2012.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera Mincoff; MEDRADO, Benedito. Oficina como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & sociedade**. v. 26, n.1, p. 32-42. 2014.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**. v.17 n.1, p.133-141. 2013.

6.4 TRABALHO COLABORATIVO EM EQUIPE FORTALECENDO A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho^I; Edméia de Almeida Cardoso Coelho^{II}; Jeane Freitas de Oliveira^{III}

I. Doutoranda em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia-PPGENF/UFBA. Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco- UNIVASF. E-mail: fatimaaguiar@hotmail.com.br

II. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia. E-mail: edmeiacelho@gmail.com

III. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia. E-mail: jeane.foliveira@outlook.com

Resumo

Objetivo: analisar o processo de trabalho colaborativo em equipe na atenção psicossocial sob o enfoque da integralidade. Metodologia: estudo de abordagem qualitativa, tendo integralidade como categoria de análise, realizado com nove profissionais de um CAPSad da Região do Submédio São Francisco, Pernambuco/Brasil. O material empírico foi produzido por meio de duas oficinas de reflexão e analisado pela técnica de análise de discurso. Resultados: nos depoimentos manifestados nos discursos, os/as profissionais reconhecem a potência do trabalho no CAPSad, resultante da composição de forças, saberes e práticas, advindas das diferenças e do saber do/a outro/a, do porteiro à coordenação, para a qualidade da atenção prestada no serviço, repercutida em experiências exitosas, que trazem consigo as marcas da integralidade. Conclusão: o trabalho colaborativo entre os/as profissionais do CAPSad é concretizado por meio do compartilhamento e participação em equipe, construindo objetivos comuns centrados na atenção às necessidades dos/as usuários/as.

Descritores: Serviços de saúde mental; Integralidade em saúde; Profissional de saúde.

Abstract

Objective: To analyze the collaborative team process in psychosocial care with a focus on comprehensiveness. Methodology: qualitative study, and completeness as a category of analysis, conducted with nine professionals a CAPSad of Submédio San Francisco Region, Pernambuco / Brazil. The empirical material was produced by two reflection workshops and analyzed by speech analysis technique. Results: in the statements expressed in the speeches the / the professionals recognize the power of work in CAPSad resulting from the composition of forces, knowledge and practices, resulting differences and learn from / to another / a, Porter coordination for quality the attention given in the service, reflected in successful experiences that bring with them the marks of completeness. Conclusion: collaborative work between / the professional CAPSad is achieved through team sharing and participation, building common goals focused on attention to the needs of the / the user / to.

Keywords: Mental health services; Integrality in health; Healthcare professional.

Resumen

Objetivo: analizar el proceso de colaboración en equipo en la atención psicosocial con un enfoque de integralidad. Metodología: estudio cualitativo, y la integridad como una categoría de análisis, llevado a cabo con nueve profesionales de un CAPSad Submédio San Francisco Región, Pernambuco/Brasil. El material empírico fue producido por dos talleres de reflexión y se analizó mediante la técnica de análisis de voz. Resultados: en las declaraciones expresadas en los discursos de los/las profesionales reconocen el poder del trabajo en CAPSad resultante de la composición de fuerzas, conocimientos y prácticas, dando como resultado diferencias y aprender de/a otro/a, coordinación Porter para la calidad la atención prestada en el servicio, que se refleja en las experiencias exitosas que traen consigo las marcas de integridad. Conclusión: el trabajo colaborativo entre el/la CAPSad profesional se logra a través del intercambio de equipo y la participación, la construcción de objetivos comunes centrados en la atención a las necesidades del/la usuario /a.

Palabras clave: Servicios de salud mental; Integralidad en salud; Profesional de la salud.

Introdução

O contexto sócio histórico de produção do conhecimento, que formou diversas disciplinas, resignificou a conformação de profissões da saúde, que têm como atividade de trabalho atender pessoas e suas necessidades. A natureza multidimensional do ser humano requer práticas interdisciplinares que possam dar existência a formas ampliadas de cuidado que se aproximem da realidade. A interdisciplinaridade e a circulação do conhecimento são fundamentais para a construção de práticas integrais que superem as fronteiras disciplinares e a fragmentação dos saberes (SCHERER et al., 2013).

A interdisciplinaridade, neste estudo, refere-se ao compartilhamento do saber e à apreensão do/a profissional em socializar o seu conhecimento para atender demandas de saúde. Diferencia-se da multidisciplinaridade, a qual proclama a justaposição de várias disciplinas e profissionais que não dialogam. O processo interdisciplinar se efetiva como resultado do amadurecimento no trabalho em equipe que se alinha à lógica da clínica ampliada da atenção psicossocial (BORGES et al., 2012).

A atenção psicossocial consolida-se como estratégia de políticas públicas do modelo assistencial, caracterizando-se como diretriz da reforma psiquiátrica brasileira, assumindo papel preponderante por nortear a construção de novas práticas e serviços em saúde mental. Pode ser descrita a partir da integralidade das ações de cuidado no território, horizontalização das relações profissionais/ usuários/as e construção de uma ética da autonomia e de singularização de pessoas. Enfatiza-se, ainda, que deve possuir como premissas a intersetorialidade nas práticas desenvolvidas e a desinstitucionalização de usuário/a aos serviços (ACIOLI NETO; AMARANTE, 2013).

O trabalho em equipe constitui um dos pilares para a integralidade do cuidado, por se amparar em distintos olhares de profissionais que compõem a equipe de Saúde. Todavia, é necessário que o processo de trabalho seja afinado para uma atenção comum e que profissionais interajam entre si, com usuários/as e comunidade. Para tanto, é indispensável o exercício de uma prática dialogada norteadas para o entendimento mútuo, que se reorganize interdisciplinarmente na prática com o/a outro/a e conquiste uma intervenção coletiva. Nesse sentido, o respeito é indispensável para aprofundar as relações interpessoais, sendo à base da construção do bom convívio e para evitar desentendimentos (VIEGAS; PENNA, 2013).

Quando realizado na perspectiva da integralidade, o trabalho em equipe representa um processo com possibilidades múltiplas. Não se trata de encontrar profissionais que encarnem a integralidade, mas, de trabalhadores/as que facilitem a circulação entre saberes, buscando

amalgamar, a qualidade técnica do trabalho na construção de um cuidado efetivo à saúde, promovido pelo diálogo e negociação para definição das competências necessárias para a resolução dos problemas enfrentados (KALICHMAN; AYRES, 2016).

A integralidade adelgaça a ruptura de valores tradicionais na saúde, como compartimentalização do trabalho, acomodação de categorias profissionais e hierarquia sedimentada e rígida. A enunciação de mudança das práticas conjectura um saber-fazer comum, que supera a dicotomia no cotidiano dos serviços e a pressão de produzir resultados, em meio a regras estabelecidas e muito fechadas, que se apresentam como empecilho para práticas de integralidade e em equipe (BORGES et al., 2012).

Nesse cenário, cabe ampliar estudos acerca de práticas interdisciplinares e interprofissionais, visto que o seu fortalecimento requer pesquisas que envolvam metodologias qualitativas, dentre outros investimentos. Diante da valorização do trabalho em equipe, este estudo teve como objetivo discutir práticas de cuidado interprofissional a pessoas que usam drogas sob o enfoque da integralidade.

Metodologia

O estudo é de abordagem qualitativa, com integralidade como categoria analítica, desenvolvido em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas/CAPSad da região do Submédio São Francisco, Pernambuco/Brasil.

A integralidade propõe a ampliação e o desenvolvimento do cuidado em saúde e não se deixa apreender por tentativas de definição precisa, mas comporta-se como um horizonte de diálogo e possibilidades. Um dos sentidos assumidos neste artigo diz respeito à não fragmentação da assistência, com respeito a pessoas e seus direitos, valorizando interações intersubjetivas ricas, criativas e reflexivas, entre saberes técnicos e práticos de diferentes profissionais, almejando qualidade na atenção à saúde (KALICHMAN; AYRES, 2016).

A equipe multiprofissional do CAPSad era constituída por 14 pessoas, dos quais nove atenderam aos critérios de inclusão: atuar há mais de cinco meses na unidade e não estar afastado/a por licença médica ou prêmio. O tempo de cinco meses foi estabelecido por considerarmos adequado à devida inserção na rotina do serviço, bem como para garantir a participação de todas as categorias, pois uma profissional estava inserida no tempo mínimo indicado.

Participaram da pesquisa uma assistente social, uma enfermeira, um médico psiquiatra, uma farmacêutica, duas psicólogas, uma recepcionista, um porteiro e uma cozinheira. A maioria

do sexo feminino, solteira, com média de idade de 38 anos. O tempo no serviço foi de cinco meses a nove anos. Tratando-se da qualificação profissional, o médico cursou residência em psiquiatria e especialização em dependência química e uma das psicólogas concluiu mestrado em saúde coletiva. Os/as demais adentraram no serviço sem antes terem se qualificado na área de Saúde Mental, realizando cursos de curta duração sobre álcool e outras drogas posteriormente.

O material empírico foi produzido em julho e agosto de 2015, por meio de duas oficinas de reflexão, conduzidas pelas temáticas: Sentidos do Cuidado no CAPSad e Resgatando o cuidado em CAPSad.

Oficinas de reflexão promovem trocas de experiências e socialização do conhecimento, sensibilizam as pessoas para a temática trabalhada, permitindo às/aos participantes o convívio com a variedade de versões e sentidos sobre o tema. Além disso, são espaços com potencial crítico de negociação, permitindo visibilidade de argumentos e posições (SPINK; MENEGON; MEDRADO, 2014).

As oficinas duraram em média duas horas e obedeceram às etapas: apresentação e integração; desenvolvimento do tema; socialização das experiências; síntese; avaliação e descontração/relaxamento. Foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

A primeira oficina foi desenvolvida a partir das questões reflexivas: Quem é a pessoa que frequenta o CAPSad? Que experiências tenho vivenciado com essas pessoas desde que comecei a trabalhar aqui? Essas experiências de cuidado têm atendido às necessidades de usuários/as? Na segunda oficina, realizamos o resgate dos aspectos valorizados pelos/as participantes no primeiro encontro, sendo acrescentados novos elementos a partir de reflexão e discussão.

O material empírico foi analisado pela técnica de análise de discurso, segundo Fiorin. O discurso é uma posição social, enquanto o texto é individual, estruturando-se em níveis de abstração crescente. Na leitura do texto, o que é percebido imediatamente está no nível da aparência, e, para se chegar ao nível mais abstrato, são analisados os elementos discursivos, sendo revelada a visão de mundo das pessoas inscritas nos discursos (FIORIN, 2011).

Seguindo o que é recomendado para a análise de discurso, foram realizadas leituras sucessivas do texto, detectando-se figuras (elementos concretos) e temas (elementos abstratos), segundo traços semânticos, bem como as recorrências desses elementos. Feita a apreensão dos temas parciais, esses foram agrupados em blocos de significação que originaram subcategorias, culminando em categoria empírica central, analisada em articulação com a literatura congruente (FIORIN, 2011).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas da Universidade Federal do Vale do São Francisco, aprovado sob parecer nº 0008/141014 CEDEP/UNIVASF, em 14 de outubro de 2014. As questões éticas foram atendidas em todas as fases da pesquisa de acordo com as determinações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Por tratar-se do único CAPSad do município, esse não teve o nome revelado, para assegurar o anonimato dos/as participantes que foram identificados/as pela categoria profissional nos discursos.

Resultados

Profissionais que participaram da pesquisa valorizam o trabalho em equipe para lidar com as demandas de usuários/as e seu contexto de vida, estimulados/as pela proposta de trabalho do CAPSad. Durante o processo terapêutico, buscam saídas para realidades que não comportam rigidez normativa:

Eu acredito muito no CAPS, na ferramenta de cuidado que utiliza. Eu não estaria aqui se eu não acreditasse no potencial do trabalho do CAPS, na própria instituição em si, e tenho tomado isso muito para minha prática. Essas experiências são uma construção, vai se construindo no dia a dia, não está escrito em livros (psicóloga 1).

Fico feliz em ver essa potencialidade da equipe, o que a gente consegue fazer, dar encaminhamento em muitos casos. Conseguimos suprir as necessidades em alguns casos, outros não, estamos sempre em busca de melhorar o serviço, e acho isso o mais importante, essa reflexão, eu desconfiaria muito se achássemos que tudo está bom (psicóloga 2).

A singularidade de usuários/as do CAPSad mobiliza o potencial da equipe para o cuidado que transforma pessoas e ressignifica práticas, revelando a capacidade sinérgica de profissionais para se reinventar e adotar posturas criativas, reflexivas e sensíveis perante o/a usuário/a:

O mais importante é a capacidade de transformação da equipe frente às demandas. Embora a gente tenha dificuldades, a equipe tem esse poder de se transformar e atender à demanda no momento, tentando dar o melhor cuidado (assistente social).

É a nossa capacidade de se transformar diante da demanda que quero ressaltar. Por isso, a gente tem que trabalhar isso com eles,

pra que o outro usuário tenha um papel ativo, que eles possam se autofiscalizar, fazer autoanálise (psicóloga 2).

Eu sempre procuro coisas, para que a gente possa refletir, e pensar constantemente nesse processo de cuidado, é preciso [...] é claro que esse sucesso, ele se dá realmente em equipe, e a gente precisa sempre se reinventar (enfermeira).

Uma das psicólogas ressalta o sofrimento de quem busca o cuidado e seu modo de falar e de ver a vida, traduzido por ela como *rigidez*. Ambos se colocam como desafios para os projetos terapêuticos, sob uma lógica que acolhe, escuta e estabelece intersubjetividade:

As pessoas que chegam aqui no CAPS estão num sofrimento muito grande, e às vezes eu sinto uma rigidez, na postura, na forma de falar, de ver a vida, não se permitir pensar outras possibilidades, outras formas de existir, de se relacionar com o uso da substância, com os familiares, consigo próprio. E aí eu penso que esse é o grande desafio do CAPS, não reafirmar essa rigidez, não cair nessa lógica (psicóloga 1).

O nosso objetivo não é considerar o sujeito como usuário da substância, mas o que ele traz, o sofrimento dele, sua história de vida. [...] às vezes, o usuário chega aqui sem estímulo para mudança e a gente reafirma isso, esse potencial. Quantas coisas podem ser o usuário? Tantas formas, tantos sentidos, quantas representações podem ter? (psicóloga 1).

Para a enfermeira, o cotidiano do cuidado representa um exercício diário de aprendizado para lidar e conhecer o/a outro/a:

Cada indivíduo é único, e nós aprendemos isso todos os dias, digo que somos eternos aprendizes, nunca sabemos tudo, a gente vai aprendendo com os usuários, à medida que vão trazendo as necessidades (enfermeira).

O médico considera haver situações de insegurança da equipe, tendo em vista um conhecimento ainda em construção na saúde mental:

Estudos sobre a saúde mental de usuário de drogas no Brasil são recentes, tem muita coisa ainda a desvendar, ainda tem muita coisa em fase de estudo, isso faz com que a equipe, às vezes, se sinta insegura, de não saber o que fazer em algumas situações (médico).

Outros/as profissionais que compõem o corpo de trabalhadores/as do serviço têm incorporado o saber lidar com particularidades como condição de participar da atenção a pessoas em CAPSad, identificando situações que levam a recaídas e emitem juízo de valor:

A gente precisa entender eles por causa das recaídas, tem alguns que vem pra cá por obrigação da família, sabe? Então eles saem daqui e vão beber (cozinheira).

Eles fazem um pacto na assembleia e depois furam o acordo, eles usam de estratégias, que é fazer média com os profissionais, então a gente precisa conhecer cada um para saber como vai lidar (porteiro).

Profissionais exercitam o acolhimento entre si, com diálogo e cooperação para experiências exitosas que trazem consigo as marcas da integralidade para o cuidado e para relações entre equipe e gestores/as, com fortalecimento de um coletivo:

A nossa união perpassa pelo diálogo, do portão passando pela cozinha e à coordenação, a gente tenta compreender que a função de um influencia no trabalho do outro [...] pra gente chegar lá, no melhor do cuidado possível, ou chega todo mundo junto, ou não chega ninguém (psicóloga 1).

Na equipe todo mundo se entende, se a equipe não fosse fortalecida a gente não ia dar conta das demandas. Todo mundo vai em prol do mesmo cuidado com o usuário, e isso aí, eu acho que é a coisa mais importante, que reflete na atenção ao usuário (assistente social).

Quando um paciente tem algum problema, a gente procura dialogar sobre o caso entre nós [...] a gente chama e conversa, assim o serviço anda sem empecilhos, flui em harmonia (enfermeira).

Caminhando juntos como estamos fazendo, a gente chega lá. Estou aqui para dar o melhor de mim para todos, isso com o maior prazer (cozinheira).

Todavia, profissionais reconhecem haver necessidade de sistematizar espaços para reflexão, que possibilitem planejar, discutir e avaliar as atividades da equipe, efetivando práticas que se mantenham coerentes com os princípios que defendem:

Existe uma necessidade que a equipe tenha um horário pra poder conversar mais, não sobre o paciente, mas para discutir a melhor

forma de se trabalhar [...] a gente até consegue fazer isso hoje, mas, de forma insuficiente (médico).

Se temos alguma dificuldade, a gente se falar pelo WhatsApp ou telefone, caso necessite de uma resposta para algo e o colega não está na hora. Acho que precisamos fazer mais reuniões sistemáticas, para melhorar ainda mais essa comunicação (psicóloga 2).

Alguns/as profissionais, antes de se vincular ao CAPSad, não conheciam a proposta do serviço, trazendo para sua prática estereótipos do imaginário social. Todavia, afirmam aprender com experiências concretas do dia a dia, mostrando a importância da Educação Permanente em Serviço:

No início, eu tinha um certo temor, uma certa relutância em lidar com essas pessoas. Porque não eram do meu convívio, e eu ficava amedrontada, pensava “vou trabalhar num lugar com pessoas usuárias de drogas”, então eu tinha receio (repcionista).

Nós sabíamos que existia a dependência, mas não convivíamos com ela, não sabia como funcionava o sistema deles envolvendo drogas, então aprendemos com a convivência (porteiro).

Eu não tinha nenhuma experiência antes. Eu os via como a sociedade vê, com descaso, que não paravam de usar a droga porque não queriam. Estando aqui, eu percebi que não é assim, e hoje eu repasso para as pessoas o que aprendo com eles (enfermeira).

A farmacêutica ressalta que a experiência em saúde mental anterior se restringiu ao Hospital Psiquiátrico e, estar no CAPSad possibilitou uma *outra visão de cuidado*:

A experiência que estou tendo aqui tem sido muito positiva, pois a que eu tinha antes, era no hospital psiquiátrico. Então, vir pro CAPS está me permitindo uma outra visão de cuidado (farmacêutica).

Há profissionais que consideram normal um medo inicial em lidar com pessoas que usam drogas, reafirmando estereótipos que participam do processo de exclusão social dessas pessoas. Entretanto, reconhecem ser imprescindível a superação do mesmo, para que não haja prejuízos na relação interpessoal a ser estabelecida entre usuário/a e profissional:

Essa questão do medo com relação aos usuários, acaba dificultando o processo de cuidado, esse medo inicial, que algumas pessoas conseguem lidar sem problemas e outras não,

isso pode ainda continuar e impossibilitar esse processo de cuidado (psicóloga 2).

Em saúde mental, você precisa realmente estar despojado de todo e qualquer medo pra poder fazer uma intervenção, mas existe a questão do medo por você ainda não ter passado por tal experiência, depois supera (assistente social).

Entre os desafios encontrados pela equipe do CAPSad, foi referido, de forma predominante por todas/os, a demanda excessiva, levando-as/os algumas vezes a ter que estabelecer prioridades:

A demanda é grande e eu gostaria de dar uma atenção maior, mas muitas vezes fica difícil. Isso me angustia, fico tentando dar conta de tudo, mas não é possível. Reconheço que, o que posso fazer, é me colocar disponível, mostrar que estou com a pessoa, isso faz toda diferença (psicóloga 1).

Eu sinto um incômodo por não conseguir dar conta de tudo, pela demanda muito grande. Agora nós estamos com uma quantidade grande de usuários para a quantidade pequena de profissionais, às vezes temos que elencar prioridades e é difícil estabelecer prioridades nesse tipo de serviço (psicóloga 2).

O médico reconhece que mesmo com a equipe reduzida e estando todas/os sobrecarregadas/os, ainda assim, conseguem obter resultados positivos:

Mesmo com a equipe reduzida, o trabalho tem tido um resultado muito bom. Os pacientes entendem que a equipe é reduzida e nos ajudam nesse aspecto, eles acabam facilitando essa dificuldade. Claro que, se tivesse uma equipe maior poderíamos atender uma quantidade maior de pessoas e com mais qualidade (médico).

Os/as profissionais reconhecem que existem problemas de infraestrutura no CAPSad, porém, referem que essas questões estruturais e funcionais não devem ser valorizadas a ponto de se sobreporem ao acolhimento e a escuta naquele serviço:

Claro que falta alguma coisa, mas acho que não cabe estar falando o que falta. Vejo muito pelo ponto de abraçar o que nós temos, e tocar adiante, em vez de ficar reclamando. Às vezes, só a questão de saber ouvir os problemas que eles trazem de casa, já muda o dia daquela pessoa (farmacêutica).

Eu acho que tem muita coisa para melhorar, porque as dificuldades que a gente passa, nos outros lugares, todos passam. Não é porque os profissionais de lá são piores ou melhores, mais

capacitados ou não, acho que dentro da proposta que o CAPS se propõe, ele tem obtido respostas plenas (médico).

Discussão

O trabalho em equipe na saúde mental, objeto de análise deste artigo, acontece diante de profissionais com distintas formações na saúde e com outras ocupações. Pressupõe o desafio da articulação desses diferentes saberes e prática e o reconhecimento da potencialidade do diálogo entre a equipe.

O trabalho em equipe é considerado como uma categoria de trabalho coletivo que se constitui por meio de uma relação entre as ações de cuidado executadas pelos/as distintos/as profissionais e a interação desses/as, sustentado pelo diálogo, que é o fio condutor e que possibilita essa conexão entre a equipe (PEDUZZI, 2013; PEREIRA, et al., 2013).

Profissionais que trabalham no CAPSad referem nos depoimentos que confiam na política de atenção psicossocial, reconhecem a importância do trabalho em equipe para lidar com as singularidades de pessoas com demandas em álcool e drogas e buscam saídas para realidades que não comportam atos prescritivos. A interação entre profissionais mobiliza o potencial da equipe para o cuidado que transforma pessoas e ressignifica práticas.

Na organização do processo de trabalho, é importante a integração entre membros da equipe, pois as características das demandas em Saúde Mental exigem um convívio que alicerce o atendimento, rompendo com o modelo de divisão do trabalho e desigual valorização social de trabalhadores/as (VIEGAS; PENNA; 2013).

Para que o trabalho em equipe cumpra sua função, não basta profissionais se relacionarem cordialmente ou compartilharem uma mesma situação. Faz-se necessário que o trabalho dos/as diferentes profissionais caminhem em sintonia, onde as múltiplas práticas conformem um único serviço, o cuidado em saúde. Para isso, é preciso estar aberto para o encontro de saberes, o que exige a disposição de profissionais para transitar em áreas distintas, articular seu saber com outros na organização do trabalho, o que possibilita tanto compartilhar como delegar ações a outros/as profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa (PEDUZZI et al., 2013).

O diálogo reforça a articulação das ações e a integração dos saberes e possibilita o desenvolvimento de ações conjuntas. Os encontros relacionais propiciam momentos de fala e

escuta, democratizando o processo de trabalho e concebendo redes assistenciais onde um/a profissional encontra potência no/a outro/a (BORGES et al., 2012)

Na equipe de saúde a oportunidade de exercitar práticas interprofissionais contribui para a formação e preparo para uma atuação integrada, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas prevalecem frente à competição e à fragmentação (THISTLETHWAITE et al., 2013).

Assim, a responsabilidade coletiva afirma um compartilhar, um saber/fazer comum, no qual erros e acertos são processos acionados pela equipe. Desse modo, cada profissional é responsável por todas as ações da equipe, produzindo um sentimento de pertencimento e comprometimento com o/a outro/a, com sucesso ou fracasso atribuído à equipe e não a indivíduos (BONALDI et al., 2010).

O cuidado vivenciado por participantes do nosso estudo se concretiza nos fazeres de cada profissional que assume postura acolhedora e compromissada, estabelece vínculo e reconhece a responsabilização por assistir as pessoas em suas necessidades. A equipe utiliza seu potencial criativo para se reinventar frente às demandas, de modo a somar esforços para estimular e potencializar a autonomia desses/as usuários/as.

Profissionais apontam como importante desafio da equipe reconhecer o potencial de transformação de cada um/a e trabalhar essas mudanças com eles/as, tornando-os/as inclusivos/as na sociedade e com cidadania resignificada.

O trabalho em equipe revela ser um dos principais processos de sustentação para integralidade, facilitado por olhares distintos, traduzindo em ação interprofissional. O “”modo de trabalhar é regido por um processo assistencial comum em que profissionais interagem entre si, com usuários/as, familiares e comunidade. Para tanto, é imprescindível uma prática orientada pelo diálogo, com entendimento mútuo, que se reconstitua na prática do/a outro/a e consiga se transformar em intervenção coletiva na realidade onde se insere (BORGES et al., 2012)

A integralidade como processo vivenciado nos espaços das equipes de saúde, revela a ruptura de valores tradicionais, como hierarquia, distribuição de categorias profissionais e compartimentalização do saber. A proposição de mudança solicita a tessitura de um saber-fazer comum, um fazer com, que influi na superação da fragmentação do cuidado prestado. A integralidade requer troca de saberes e renormalizações de condutas, ou seja, estabelecer novas normas sempre que as vigentes não derem conta do que precisa ser demandado (BORGES et al., 2012).

Os/as participantes da pesquisa reconhecem, em seus depoimentos, que a força do trabalho no CAPSad está no sentido de equipe e que os diferentes trabalhadores/as, do porteiro

à coordenação, são fundamentais para a qualidade da atenção, com a compressão que a função de um/a influencia no desempenho do/a outro/a, reforçando a noção de pertencimento. O/a profissional entende que o cuidado não se restringe a sua função e que ele/a é um/a dos/as responsáveis pelo serviço, sendo fundamental na efetivação do trabalho em equipe.

No nosso estudo, ainda que profissionais nunca tenham trabalhado na área de saúde mental ou com pessoas que usam drogas, os saberes produzidos nas atividades cotidianas representam um exercício diário de aprendizado para conhecer e aprender a lidar com singularidades. A distância entre a formação profissional e as demandas apresentadas transforma o CAPSad em cenário de formação de profissionais, o que reafirma práticas transformadoras, de acordo com a Política de Educação Permanente.

A Política Nacional de Educação Permanente privilegia os serviços de saúde como espaços ideais para o ensino e a aprendizagem. Com o pressuposto de educar “no” e “para” o trabalho, os lugares de produção de cuidado na perspectiva da integralidade são considerados sítios de produção pedagógica criativas e reflexivas, que transformam o/a profissional em um conhecedor da sua realidade, a partir da problematização de experiências locais (MICCAS; BATISTA, 2014).

Partindo do pressuposto de que o contexto de formação é propício para a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação, passou a investir em políticas que reorientam práticas profissionais, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde) e a Residência Multiprofissional.

O Pró-saúde tem como objetivo a integração ensino-serviço, estimulando transformações nos processos de geração de conhecimento, de ensino e aprendizagem e de prestação de serviço à população. Visa promover a melhoria da qualidade e à resolutividade da atenção e a integração da rede pública de serviços de saúde (LAMBOGLIA et al., 2012).

O PET Saúde estimula a formação profissional de diferentes cursos de saúde ao perfil das necessidades das pessoas no âmbito individual e coletivo, promovendo a integração ensino-serviço-comunidade, a partir de equipes de trabalho que envolve docentes, estudantes e profissionais de saúde. A estratégia constitui-se em espaço privilegiado de integração entre as atividades de atenção à saúde e da formação em saúde (CÂMARA, et al., 2016). Já a residência multiprofissional se insere no nível de Pós-Graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias que integram a área de saúde, excetuada a médica.

O primeiro Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional, apresentou algumas iniciativas referentes a experiências de Educação Interprofissional (EIP)

em universidades federais brasileiras, que representam inovação. O currículo integrado interprofissional, abrangendo em média seis cursos da saúde, orienta para o trabalho em equipe e prática colaborativa (CÂMARA, et al., 2016). Todas essas iniciativas foram consideradas estratégias de mudanças do processo de formação, e são especialmente voltadas para incentivar práticas Interprofissionais.

Todavia, ainda que haja incentivos ministeriais para concretização dessa prática, estudo que identificou experiências com iniciativas na educação interprofissional no mundo, incluindo a América Latina, aponta para um cenário ainda incipiente no Brasil, evidenciando a necessidade de divulgação e implementação do que vem sendo realizado nesse sentido (BARROS, 2015). A educação interprofissional fornece elementos para uma prática colaborativa, que consubstancia o trabalho em equipe e inclui o aprender/fazer lidar com os desafios cotidianos (IPEC, 2011).

A demanda excessiva do CAPSad foi referida pela equipe como grande desafio a ser vencido diariamente, levando profissionais a estabelecer prioridades. Diante disso, o trabalho em equipe solicita um saber comum orientado por valores éticos que norteiam escolhas, para que não haja prejuízos ao processo terapêutico de usuários/as. Esses momentos de conflitos costumam ser superados, com socialização das informações e cooperação entre os membros. Eles/as evidenciam que, mesmo estando com a equipe reduzida e sobrecarregadas/os, ainda assim, conseguem obter êxitos pautados em resultados positivos.

Todavia, a equipe reconhece haver necessidade de sistematizar reuniões periódicas que possibilitem planejar, discutir e avaliar as ações no sentido de decidir em equipe estratégias para efetividade de práticas que se mantenham coerentes com os princípios que defendem. No CAPSad, os encontros entre profissionais da saúde ocorrem semanalmente para discutir casos clínicos de usuários/as. Reuniões que envolvem outras demandas do serviço somente acontecem quando há disponibilidade na agenda dos/as profissionais.

Para efetivar o trabalho em equipe, o planejamento de ações a partir da antevisão das demandas à rotina do serviço favorece a construção de um processo de trabalho cooperativo, com suas diferentes formas de perceber o usuário/a, contribuindo para a elaboração de projetos terapêuticos às suas necessidades individuais. É necessário pensar no trabalho interprofissional e interdisciplinar, pois nenhum/a profissional consegue ter resolutividade suficiente para atender às demandas se não estiver integrado/a a uma equipe (BORGES et al., 2012).

Considerações Finais

Profissionais que participaram da pesquisa exercitam o acolhimento entre si, com diálogo e cooperação para experiências exitosas, que trazem consigo as marcas da integralidade, com estabelecimento de uma responsabilidade coletiva na produção do cuidado.

Reconhecem a potência do trabalho no CAPSad, resultante da composição de forças, saberes e práticas, advindas das diferenças e do saber do/a outro/a, do porteiro à coordenação, para a qualidade da atenção prestada no serviço, reforçando a noção de pertencimento e sentido de equipe.

No CAPSad, o trabalho interdisciplinar e interprofissional é norteado por um processo assistencial comum, em que trabalhadores/as interagem com uma prática sustentada pela comunicação, orientada para o entendimento mútuo, com respeito às especificidades e responsabilidade de cada profissional.

A interação da equipe mobiliza o potencial de cada um/a para o cuidado que transforma pessoas e ressignifica práticas, revelado na capacidade sinérgica para se reinventar diante de demandas previsíveis ou não, que convidam profissionais a criarem formas de trabalhar capazes de responder ao imprevisível e busquem saídas para realidades que não comportam atos prescritivos, que não dão conta das práticas em integralidade.

O sentimento de que os/as diferentes profissionais são fundamentais para a realização do serviço em harmonia, fazem com que outros /as trabalhadores/as que compõem a equipe incorporem o saber lidar com particularidades da pessoa que usa drogas, produzindo um comprometimento que rompe as fronteiras do saber científico.

Nesse estudo, alguns/as profissionais, antes de vincular-se ao serviço, não conheciam a proposta do CAPSad, aprendendo com vivências concretas do dia a dia, evidenciando que não é indispensável que haja formação em saúde mental para que se incorpore elementos da prática colaborativa, que transformam o modo de fazer de profissionais.

A colaboração entre os/as trabalhadores/as do CAPSad, permite, por meio do compartilhamento e participação em equipe, construir objetivos comuns centrados na atenção às necessidades dos/as usuários/as.

Referências

ACIOLI NETO, Manoel de Lima; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicol. cienc. prof.** v.33, n.4. 2013.

BARR, H. Interprofessional education: the genesis of a global movement. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education; 2015.

BONALDI, Cristina et al. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria Elisabeth; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2010.

BORGES, Maria Jucineide Lopes et al. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.147-156. 2012.

CÂMARA, Ana Maria Chagas Sette et al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde Interface - **Comunic Saúde Educ**. v. 20, n.56, p. 9-12. 2016.

Interprofessional Education Collaborative (IPEC). Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: report of an expert panel [Internet]. 2011 [acesso 2016 Abr 4]. Disponível em: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/IPECReport.Pdf>

FIORIN, José Luiz Linguagem e ideologia. São Paulo: Ática; 1 ed. (rev. e atualizada.) São Paulo: Ática; 2011.

LAMBOGLIA, Carmina Maria Goersch Fontenele et al. Prática da atividade física como facilitadora da promoção de saúde: relato de experiência exitosa do Pró-saúde e PETsaúde da UNIFOR. **Rev Bras Promoç Saúde**. v.25, n.4, p.521-26. 2012.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública* [online]. v.32, n.8. 2016.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva. Educação permanente em saúde: metassíntese. **Rev Saúde Pública**. v.48, n.1, p.170-85. 2014.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP**. v.47, n. 4, p.977-83. 2013.

PEREIRA, Renata Cristina Arthou et al. O trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu)**. v.17, n.45. 2013.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos et al. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. v.18 n.11. 2013.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera Mincoff; MEDRADO, Benedito. Oficina como estratégia de pesquisa: articulações teórico-metodológicas e aplicações ético-políticas. **Psicologia & sociedade**. v. 26, n.1, p. 32-42. 2014.

THISTLETHWAITE J, Jackson A, Moran M. Interprofessional collaborative practice: a deconstruction. *J Interprof Care*. v. 27, n. 1, p.50-6. 2013.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da Equipe Saúde da Família. **Esc. Anna Nery**. v.17 n.1. 2013.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que impede de saber não são nem o tempo nem a inteligência, mas somente a falta de curiosidade.

Silva (1992)

No CAPSad em que foi realizada esta pesquisa, depoimentos de usuários/as e de profissionais veiculam discursos que convergem para práticas de cuidado orientadas pela integralidade, capazes de fortalecer a autoestima e aprimorar relações interpessoais, produzindo bases para a superação da psiquiatria organicista, extensiva à problemática de drogas, ainda presente nas práticas de saúde mental.

O acolhimento se mostrou presente no cuidado vivenciado, revelado no compromisso da equipe em receber e escutar pessoas, distanciando-se do rigor de rotinas tecnicistas automatizadas e grades de ofertas engessadas. A confiança conquistada e firmada entre profissionais e usuários/as do serviço é permeada por respeito e dignidade, que produz vínculos e horizontaliza as relações, construindo processualmente a integralidade, que requer práticas de saúde em movimento, de modo sensível, reflexivo e crítico.

A incorporação da proposta da integralidade pela equipe valoriza as múltiplas dimensões humanas, o que possibilita revitalizar e ressignificar o cuidado, que no sistema de saúde mantém as marcas da hegemonia do modelo tecnicista. A responsabilização para com o problema da pessoa vai além do atendimento, constitui-se no exercício de produção de novas e eficazes práticas, fazendo ser o CAPSad diferencial no sistema de saúde.

Em meio à realização das atividades, a ética do cuidado implica no respeito à pessoa como condição para o êxito da equipe no seu próprio trabalho. Esse compromisso é confirmado quando profissionais avaliam sua prática de forma sistemática, ainda que informalmente, o que possibilita atribuir ao cuidado uma característica reconstrutiva e com potencialidade transformadora.

No tocante à construção do autocontrole de pessoas frente às drogas, reconhecemos que o cuidado no CAPSad produz vínculos consistentes, que se sustentam em processos terapêuticos caracterizados como resolutivos, capaz de devolver à pessoa que usa droga o empoderamento.

Assim, conseguem reconstruir a autoestima e elaborar estratégias de resistência para lidar com as substâncias em circunstâncias que as tornam vulneráveis. Essas estratégias

apreendidas passam a ser acionadas mediante identificação de situações de riscos, com intervenções específicas e dispositivos de automanejo, estimulando na pessoa, competências para querer e poder responder diante das ameaças, melhorando o convívio com seus pares, familiares e demais membros da sociedade.

As atividades grupais foram ressaltadas nos depoimentos dos/as usuários/as como dispositivo fortalecedor do autocontrole, por proporcionar orientações em clima de compartilhamento e aceitação, além de promover a transversalidade nas relações acerca das experiências vivenciadas, posteriormente convertidas em estratégias de autodisciplina em relação às drogas.

No serviço é implementada a política de redução de danos, que direciona as práticas, reconhece as singularidades e acolhe o que está sendo solicitado no momento, com respeito à liberdade de escolhas. Isso se dá na medida em que as experiências do CAPSad mostram que algumas pessoas não conseguem ou não querem deixar de usar drogas e, mesmo assim, precisam minimizar riscos e danos decorrentes do seu uso, cabendo ações em saúde que atendam a especificidades na perspectiva da reinserção social e da integralidade.

A pesquisa possibilitou compreender, ainda, o modo como funciona a Rede de Atenção Psicossocial na concepção dos/as profissionais. Foram reveladas as dificuldades enfrentadas no acesso a outros serviços, ficando a atenção das pessoas, na maioria das vezes, restrita ao CAPSad, ainda que demandem outros níveis de cuidado. Ao tratar dessa questão, profissionais ressaltam que não existem parcerias interinstitucionais para o cuidado compartilhado de demandas em rede, repercutindo em prejuízos para pessoas, equipe e serviço. É importante reafirmar que as questões relacionadas aos transtornos por uso de drogas não são estáticas, movimentam-se traçando caminhos próprios e, muitas vezes, indicando-nos as possibilidades dos serviços que necessitam para atender suas demandas.

A Atenção Primária, sobretudo, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que seria a principal conexão com os CAPS, não se encontra preparada para acolher as demandas de pessoas usuárias de drogas nesse município. Entretanto, esclarecemos que a EFS não foi objeto deste estudo.

Destaca-se que a desarticulação entre os serviços da rede de atenção conduz a uma centralização da atenção de usuários/as ao CAPSad, acarretando em período de permanência prolongado, por falta de suporte nos serviços que poderiam acolher as pessoas na comunidade e território. Portanto, caminhando para institucionalização e cronificação “velada” dessas pessoas, motivo de preocupação por parte de profissionais, por ir ao encontro da lógica manicomial, que se quer romper definitivamente.

É fundamental implementar e/ou mesmo *sacudir* essa rede a fim de torná-la eficiente ao que lhe é proposto. Na realidade estudada, percebe-se que a quantidade e variedade de serviços que oferecem assistência nos diversos níveis de atenção no município são suficientes para atender pessoas que usam drogas, mas requer, impreterivelmente, a desobstrução da rede de diálogo e planejamento de fluxos, com ações resolutivas e complementares regidas pelo acolhimento, aspecto indispensável para qualidade do cuidado.

Em se tratando da equipe de trabalho, vale destacar que confia na política de atenção psicossocial do CAPSad e busca implementá-la. Reconhecem a importância do diálogo e da interdisciplinaridade das ações, que mobiliza o potencial da equipe frente a singularidades de pessoas e busca saídas para realidades que não comportam atos prescritivos, revelando uma capacidade sinérgica para se reinventar e adotar posturas criativas, reflexivas e sensíveis para o cuidado que transforma pessoas e ressignifica práticas.

O conhecimento produzido pela pesquisa permite afirmar que as experiências de cuidado vivenciadas por usuários/as e profissionais no CAPSad se pautam em práticas acolhedoras, que apontam para a integralidade, capazes de estabelecer vínculos e produzir mudanças e reinserção social de pessoas, pautadas em resultados desejados.

Tendo em vista o cenário das práticas em integralidade no CAPSad, validamos a tese de que a integralidade é exercida na atenção psicossocial, atendendo aos princípios da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas. Todavia, seu alcance é comprometido, significativamente, por não ser garantido na Rede de Atenção Psicossocial o suporte à continuidade de relações terapêuticas, retardando o pleno êxito do cuidado.

Portanto, este estudo reafirma que é possível produzir resultados desejados em serviços substitutivos disseminados por todo o país, ainda que haja dificuldades peculiares a cada realidade, estamos asseverando a implementação de práticas inclusivas sob os fundamentos da integralidade, desestimulando cada vez mais, práticas de cuidado focadas na psiquiatria organicista.

O estudo contribuirá no aprimoramento de ofertas terapêuticas em circunstâncias que envolvem as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) no contexto regional, sobretudo, pelo intento de analisar experiências de cuidado em CAPSad, na perspectiva dos/as profissionais e usuários/as, analisando-se que há muito a percorrer para seu fortalecimento e consolidação.

REFERÊNCIAS

ADIALA, Júlio Cesar. **O Problema da Maconha no Brasil**: ensaio sobre racismo e drogas. Rio de Janeiro: Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro. 1986.

AFONSO, Lúcia (Org). **Oficinas em dinâmica de grupo**: um método de intervenção psicossocial. Belo Horizonte: Edições do Campo Social. 2002.

_____. **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Edições do Campo Social. 2003.

ALARCON, Sérgio; JORGE, Marcos Aurélio Soares (Org). **Álcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2012.

ALARCON, Sérgio; BELMONTE, Pilar Rodrigues; JORGE, Marcos Aurélio Soares. O campo de atenção ao dependente químico. In: ALARCON, S.; JORGE, M.A.S. (Orgs). **Álcool e outras drogas**: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2012.

AYRES, José Ricardo. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**. v.13. 2004.

_____. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.

_____. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO. 2011.

_____. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.67-81. 2012.

ARAÚJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – o dsm-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.** v. XVI, n. 1, p. 67 – 82. 2014.

BARROS, Fabrícia da Silva; PINHEIRO, Roseni. Notas teóricas sobre a noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO. 2010.

BECKER, Howard. **Consciência, poder e efeito da droga**. In: BECKER, H. (Org). Uma teoria da ação coletiva. Rio de Janeiro: Zahar. 1976.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano: compaixão pela terra. 11 ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2004.

BRASIL. Gabinete da Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. 1998.

_____. Gabinete da Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Casa Civil. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 189 de 19 de novembro de 1991**. Aprova a inclusão de grupos de procedimentos da tabela SIH-SUS, na área de saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde. 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde. 1992.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde. 1994.

BRASIL. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Planalto: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. 2002^a. 213 p.

_____. Ministério da Saúde/Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria n.º 336** de 19 de fevereiro, estabelece as modalidades de CAPS - I, II e III. Brasília: Ministério da Saúde. 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos Depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1.028, de 1º de julho de 2005**, regula as ações de RD sociais e à saúde em decorrência do uso de substâncias psicoativas (SPAs). Brasília: Ministério da Saúde. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Relatório Final da IV Conferência nacional de saúde mental/intersetorial**. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3088**, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria SNAS/MS nº 854, de 22 de agosto de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas 24h (CAPS AD III); **Brasília: Ministério da Saúde**. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde/Diretoria de Atenção Básica – DAB. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=rede_psicossocial

CABRAL, Bárbara Eleonora Bezerra. **Sustentando a tensão: um estudo genealógico sobre as possibilidades de ação transdisciplinar em equipes de saúde**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais. 2011.

CARVALHO, Maria de Fátima Alves Aguiar. **Expectativas de familiares de alcoolista acerca das intervenções do CAPS ad**. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, UFES, Vitória, 2010.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJIMS-Abrasco. 2009. p.113-26.

COSTA-ROSA, Abílio da. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp. 2013.

CHAUÍ, Marilena de Sousa. **Convite à filosofia**. Ed. Ática, São Paulo, ed. 2012.

DUARTE, Paulina do Carmo Arruda Vieira. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: **O uso de substância psicoativa no Brasil: Epidemiologia, Legislação, Políticas Públicas e Fatores Culturais**. Módulo 1 / coordenação do módulo Tarcísio Matos de Andrade. 4 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2011.

ESCOHOTADO, Antônio. **Historia general de las drogas: incluyendo el apéndice fenomenológico de las drogas**. 7 ed. Madrid: Espasa; 2005.

FIORIN, José Luiz. **Elementos da análise do discurso**. São Paulo: Contexto, 2005.

FIORIN, José Luiz. **Linguagem e ideologia**. São Paulo: Ática; 1º ed. (rev. e atualizada.) São Paulo: Ática; 2011.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na assistência à saúde: a organização nas linhas do cuidado. In: MERHY, Emerson; FRANCO, Túlio Batista et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC; 2003.

GUATTARI, Félix. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Ed. 34; 1992.

Gulbenkian Global Mental Health. **Technical report “Human Rights of People with Mental Disabilities”**. Department of Health and Human Development. Lisboa, Portugal, 2015. <http://www.globalmentalhealth.org/sites/default/files/docs/GulbMHPlatf.pdf>

HIRDES, Alice. **Apoio matricial em saúde mental: tecendo novas formas de relação e intervenção**. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2013.

KARAM, Maria Lúcia. A lei 11.342/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: LABATE, B.C.; GOULART, Sandra; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (Orgs). **Droga e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA; 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=2

LIMA, Eloisa Helena. **Educação em saúde e uso de drogas: um estudo acerca da representação da droga para jovens em cumprimento de medidas educativas**. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. – Belo Horizonte. 2013.

MACRAE, Edward; GORGULHO, Mônica. Redução de Danos e Tratamento de Substituição. Posicionamento da Reduc. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 52. 2003.

MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde no Brasil para usuários de álcool e outras drogas**. (Dissertação de mestrado). Faculdade de medicina. Universidade federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2006.

MÂNGIA, Elisabete Ferreira; CASTILHO, Jucelena Pietroforte Lopes Vargas; DUARTE, Velta Regina Eichman. Construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. v. 17, n. 2. 2006.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, Roseni, MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Os sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro (RJ): UERJ-IMS-ABRASCO; 2001.

_____. Responsabilidade intelectual e solidariedade: por uma ética profissional pautada na integralidade. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. CEPESC, Rio de Janeiro; 2010.

MARONNA, C.A. Drogas: Aspectos Jurídicos e Criminológicos. In: **Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região** (Org). Álcool e Outras Drogas/Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP; 2011.

MINAYO, Maria Cecília Souza. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010.

MORAIS, Fernanda Rodrigues Chaves et al. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. **Rev. enferm**, v. 19, n. 2. 2011. p. 305-10.

MOTA, Daniela Cristina Belchior. **Avaliação da implementação de Políticas Públicas sobre Álcool e outras Drogas em nível municipal**. Dissertação de mestrado. Faculdade de Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora. 2011.

MOTA, Daniela Cristina Belchior.; RONZAMI, Telmo Mota. Implementação de políticas públicas brasileiras para usuários de álcool e outras drogas. In: RONZANI, Telmo Mota (org.). **Ações Integradas sobre drogas: Prevenção, abordagens e políticas públicas**. Juiz de Fora: UFJF; 2013.

NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier da. **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo: Ministério da Saúde. 2008.

OLIVEIRA, Raimunda Félix et al. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.17, n.11, p.3069-3078. 2012.

Organização das Nações Unidas (OMS). **Programa para o Controle Internacional de Drogas. Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime - UNODC**. Brasília (DF); 2008. Disponível em:
http://www.unodc.org/brazil/pt/pressrelease_20080626.html.

PETUCO, Denis Roberto da Silva. Redução de danos. In: **Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região** (org). Álcool e Outras Drogas/Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. – São Paulo: CRPSP; 2011.

PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2010.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Hucitec-Abrasco, São Paulo-Rio de Janeiro; 2004.

PINHEIRO, Roseni; GUIZARDI, Francine Lube. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Cepesc; 2005. p. 21.

PINHEIRO, Roseni; SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes (Orgs.). **Por uma sociedade cuidadora**. CEPESC: IMS, Rio de Janeiro; 2010.

- PINHEIRO, Roseni et al. Integralidade sem fronteira: itinerários de justiça, formativos e de gestão na busca por cuidado. CEPESC/IMS/ABRASCO, Rio de Janeiro; 2012.
Petrolina. Prefeitura municipal. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Disponível em: <http://www.petrolina.pe.gov.br/2010/noticia.php?id=282>
- RABELO, Antônio Reinaldo et al. **Um Manual para O CAPS: Centro de Atenção Psicossocial**. 2º ed. Salvador: Departamento de Neuropsiquiatria da UFBA. 2006.
- ROGRIGUES, Thiago. Trafico, guerra, proibição. In: LABATE, B.C. et al. (Orgs). **Droga e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA; 2008.
- ROMANÍ, Oriol. De las utilidades de la antropología social para la intervención en el campo de las drogas. In: Esteban, M.L. **Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas**. Osalde: Bilbao; 2007.
- SANCHEZ, Zila van der Meer Sanches; SANTOS, Mariana Guedes Ribeiro. Classificação e efeito das drogas. In: RONZANI, T. M (org). **Ações integradas sobre drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas**. Juiz de Fora: editora UFJF; 2013.
- SILVA, Eroy Aparecida da. Intervenções clínicas: o uso, abuso e dependência de drogas. In: Álcool e Outras Drogas. **Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região**. – São Paulo: CRPSP; 2011.
- SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Cepesc; 2006.
- SIMÕES, Júlio Assis. **Drogas e cultura: novas perspectivas**. LABATE, Beatriz Cauby et al (Orgs). Salvador: EDUFBA; 2008.
- SPEDE, Izabel Cristina. O profissional da APS e as substâncias de abuso: o papel da capacitação na rotina da assistência. (Dissertação de mestrado). Faculdade de medicina. Universidade federal de Juiz de Fora. 2010.
- TALLEMBERG, Claudia. Fazendo da clínica uma oficina: modos de experiência e produção social em saúde mental. **Revista eletrônica Academus: Revista Científica de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**, v.4, n.1. 2005.
- TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9, n. 1. 2002.
- TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis RJ: Editora Vozes; 2003.
- VALÉRIO, Andréia Leite Ribeiro. Redução de riscos e danos na saúde mental: a experiência do CAPSAD. In: NERY FILHO, Antônio et. al. (Orgs). **As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais**. Salvador: CETAD/UFBA; 2012.

YASUI, Sílvio. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública. Dissertação de Doutorado. 2006.

WALDOW, Vera Regina. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Enferm. Imagen Desarr**, v. 17, n.1, p.13-25. 2014a.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n.4, p. 1145-52. 2014b.

ZANIANI, Ednéia José Martins; LUZIO, Cristina Amélia. Intersetorialidade nas publicações acerca do Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil. **Psicol. rev.**, v. 20 n.1. 2014.

APÊNDICE A:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
USUÁRIO/A DO CAPSad**

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

O/a Sr^o/Sr^a está sendo convidado/a a participar de uma pesquisa intitulada “Integralidade do cuidado na atenção psicossocial”, que tem como objetivo geral analisar o cuidado vivenciado por pessoas usuárias de drogas e profissionais em um CAPSad sob o enfoque da integralidade e específicos: conhecer experiências do cuidado vivenciadas por pessoas usuárias de drogas e profissionais em um CAPSad; discutir o cuidado a partir de quem o vivencia valorizando as experiências terapêuticas; e analisar as experiências de cuidado sob os fundamentos da integralidade como potencializadora de subjetividades.

Trata-se de um projeto de tese desenvolvido pela pesquisadora Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho, discente do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, com orientação da Prof^a Dr.^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

O/a Sr^o/Sr^a poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase do estudo ou anular este consentimento, sem qualquer prejuízo. Caso aceite, as informações serão coletado em ambiente privativo, no CAPSad em uma sala reservada, sem interrupções de pessoas estranhas, e o seu nome será omitido, de modo que não será identificado/a, garantindo o sigilo e o anonimato e assegurando a privacidade. Há risco presumível até por conta de desconforto que poderá ser gerado com a oficina. Neste caso a entrevista será interrompida e a pesquisadora oferecerá todo apoio necessário.

A coleta dos dados será realizada mediante a sua prévia autorização por escrito. As informações serão coletadas a partir de oficinas de reflexão, a princípio programado 3 encontros, por entrevista com o uso de um gravador e observação não participante. Os produtos construídos nas oficinas serão fotografados, porém você não aparecerá.

Concordando em participar o(a) Sr^o/Sr^a poderá ter acesso, retirar ou acrescentar quaisquer informações, que serão transcritas. As entrevistas e os termos de consentimento serão arquivados por nós pesquisadoras durante cinco anos. Nesse período, caso tenha interesse em acessar os materiais, os mesmos estarão disponibilizados. Após este período, serão desprezados. Garantimos que os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo e somente as pesquisadoras responsáveis terão acesso a essas informações.

Ao participar desta pesquisa, o(a) Sr^o/Sr^a não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago, mas se tiver algum gasto decorrente da sua participação, será ressarcido(a), caso solicite.

O(a)s participantes serão beneficiadas, sobretudo a médio e longo prazo devido aos resultados a serem apontados pelo estudo que fornecerão subsídios para a implementação de políticas públicas de atenção a usuários/as de álcool e outras drogas. As pesquisadoras não serão remuneradas para a realização desta pesquisa, bem como o(a)s participantes não receberão benefícios financeiros para a sua participação. Os resultados deste estudo serão publicados na tese, artigos científicos e divulgados em eventos científicos.

Os aspectos acima mencionados respeitam a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Quando desejar maiores informações sobre o estudo, poderá entrar em contato com: **Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho – pesquisadora responsável** (87) 2101-6859, fatimaaguiar@hotmail.com.br, Av. José de Sá Maniçoba, S/N, Centro, Petrolina-PE e com o **Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas da Universidade Federal do Vale do São Francisco (CEDEP/UNIVASF)**, (87) 2101-6896, cedep@univasf.edu.br, Av. José de Sá Maniçoba, S/N - Centro, CEP: 56304-917, Petrolina-PE, Brasil.

Diante do exposto, pedimos a sua permissão para participar desta pesquisa. Caso esteja bem informado(a) e aceite participar, favor assinar esse documento em 02 (duas) vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará com as pesquisadoras.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que entendi todas as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa intitulada “Pessoas usuárias de drogas e profissionais de saúde: análise de vivências do cuidado em CAPS ad”, que li ou que foram lidas por mim. Conversei com a pesquisadora Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho, sobre a minha participação voluntária no estudo. Não

tenho dúvida de que não receberei benefícios financeiros. Concordo em participar, de forma voluntária, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, ou prejuízo, ou perda de benefícios aos quais tenho direito conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetida à coação, indução ou intimidação.

Nome do/a Participante da Pesquisa

Assinatura do/a Participante da Pesquisa



Impressão Digital

_____, ____/____/____

Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO
PROFISSIONAL DO CAPSad**

INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa intitulada “Integralidade do cuidado na atenção psicossocial”, que tem como objetivo geral analisar o cuidado vivenciado por pessoas usuárias de drogas e profissionais em um CAPSad sob o enfoque da integralidade e específicos: conhecer experiências do cuidado vivenciadas por pessoas usuárias de drogas e profissionais em um CAPSad; discutir o cuidado a partir de quem o vivencia valorizando as experiências nas diferentes modalidades terapêuticas; e analisar as experiências de cuidado sob os fundamentos da integralidade como potencializadora de subjetividades.

Trata-se de um projeto de tese desenvolvido pela pesquisadora Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho, discente do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, com orientação da Prof.^a Dr.^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho.

Você poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase do estudo ou anular este consentimento, sem qualquer prejuízo. Caso aceite, as informações serão coletado em ambiente privativo, no CAPSad em uma sala reservada, sem interrupções de pessoas estranhas, e o seu nome será omitido, de modo que não será identificado(a), garantindo o sigilo e o anonimato e assegurando a privacidade. Há risco presumível até por conta de desconforto que poderá ser gerado com a oficina. Neste caso a entrevista será interrompida e a pesquisadora oferecerá todo apoio necessário.

A coleta dos dados será realizada mediante a sua prévia autorização por escrito. As informações serão coletadas a partir de oficinas reflexivas, a princípio programado 3 encontros, por entrevista semiestruturada com o uso de um gravador e observação não participante. Os produtos construídos nas oficinas serão fotografados, porém você não aparecerá.

Concordando em participar você poderá ter acesso, retirar ou acrescentar quaisquer informações, que serão transcritas. As entrevistas e os termos de consentimento serão arquivados por nós pesquisadoras durante cinco anos. Nesse período, caso tenha interesse em acessar os materiais, os mesmos estarão disponibilizados. Após este período, serão desprezados. Garantimos que os registros da sua participação nesse estudo serão mantidos em sigilo e somente as pesquisadoras responsáveis terão acesso a essas informações.

Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago, mas se tiver algum gasto decorrente da sua participação, será ressarcido(a), caso solicite. Os benefícios virão, sobretudo a médio e longo prazo devido aos resultados a serem apontados pelo estudo que fornecerão subsídios para a implementação de políticas públicas de atenção a usuário(a)s de álcool e outras drogas. As pesquisadoras não serão remuneradas para a realização desta pesquisa, bem como o(a)s participantes não receberão benefícios financeiros para a sua participação. Os resultados deste estudo serão publicados na tese, artigos científicos e divulgados em eventos científicos.

Os aspectos acima mencionados respeitam a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos.

Quando desejar maiores informações sobre o estudo, poderá entrar em contato com: **Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho – pesquisadora responsável** (87) 2101-6859, fatimaaguiar@hotmail.com.br, Av. José de Sá Maniçoba, S/N, Centro, Petrolina-PE e com o **Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas da Universidade Federal do Vale do São Francisco (CEDEP/UNIVASF)**, (87) 2101-6896, cedep@univasf.edu.br, Av. José de Sá Maniçoba, S/N - Centro, CEP: 56304-917, Petrolina-PE, Brasil.

Diante do exposto, pedimos a sua permissão para participar desta pesquisa. Caso esteja bem informado(a) e aceite participar, favor assinar esse documento em 02 (duas) vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará com as pesquisadoras.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro que entendi todas as informações relacionadas à minha participação nesta pesquisa intitulada “Pessoas usuárias de drogas e profissionais de saúde: análise de vivências do cuidado em CAPS ad”, que li ou que foram lidas por mim. Conversei com a pesquisadora Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho, sobre a minha participação voluntária no estudo. Não tenho dúvida de que não receberei benefícios financeiros. Concordo em participar, de forma

voluntária, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades, ou prejuízo, ou perda de benefícios aos quais tenho direito conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetida à coação, indução ou intimidação.

Nome do/a Participante da Pesquisa

Assinatura do/a Participante da Pesquisa

_____, ____/____/____

Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE C:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL****FICHA DE IDENTIFICAÇÃO
USUÁRIO/A DO CAPSad**

1. Pseudônimo:
2. Idade:
3. Escolaridade:
4. Estado civil:
5. Religião:
6. Cor autodeclarada:
7. Profissão/ocupação:
8. Renda pessoal:
9. Renda familiar:
10. Modalidade do cuidado: () intensivo () semi-intensivo () Não-intensivo
11. Tempo de acompanhamento pelo CAPSad:

APÊNDICE D:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**ROTEIRO 1ª OFICINA DE REFLEXÃO
USUÁRIO/A DO CAPSad**

➤ Cuidado no CAPSad

Tempo estimado: 2:00 horas

- Coordenadora/facilitadora: Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho
- Colaboradora: (Enfermeira, discente da Residência em Saúde Mental)

1. APRESENTAÇÃO

- Dinâmica de acolhimento

2. DESENVOLVIMENTO DO TEMA

- O trabalho será desenvolvido com massa de modelar
- A coordenadora inicia: pense e responda mentalmente: (escrever as perguntas em cartolina e afixar em local visível)
- ✓ Como eu me sentia ao chegar aqui?
- ✓ Que experiências de cuidado vivenciei no CAPSad desde a minha chegada?
- ✓ Como essas experiências tem afetado a minha vida?
- Agora que pensaram nas questões, expressem suas respostas em massa de modelar. Caso achem necessário, complementem usando o papel madeira ou cartolina para registrar.

3. DISCUSSÃO E REFLEXÃO SOBRE A TEMÁTICA

- Pedir ao grupo que exponham o resultado do trabalho com massa de modelar no meio da sala e circule em torno deles para conhecer o trabalho dos colegas.
- Pedir que cada um/a fale sobre o que representou em massa de modelar a partir das três questões, socializando as experiências no grupo. (Gravar)
- Querem acrescentar algo mais?

4. SÍNTESE DA COORDENADORA

5. AVALIAÇÃO

6. DESCONTRAÇÃO/RELAXAMENTO

- ✓ Dinâmica de encerramento

- **Material necessário:**

- ✓ Micro system e CDs;
- ✓ Máquina fotográfica;
- ✓ Crachás;
- ✓ Massa de modelar cores diversas
- ✓ Folhas de papel madeira e cartolinas;
- ✓ Fita adesiva;
- ✓ Tesouras, canetas hidrográficas;
- ✓ Água;
- ✓ Lanche.

APÊNDICE E:



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ROTEIRO 2ª OFICINA DE REFLEXÃO

USUÁRIO/A DO CAPSad

➤ **Resgatando o cuidado em CAPSad**

Tempo estimado: 2:00 horas

- Coordenadora/facilitadora: Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho
- Colaboradora: (Enfermeira, discente da Residência em Saúde Mental)

1. APRESENTAÇÃO

- Dinâmica de acolhimento

2. DESENVOLVIMENTO DO TEMA

- Resgatar pontos das oficinas anteriores
- ✓ Solicitar aos/as participantes que pensem em tudo que foi abordado nos dois encontros anteriores e destaquem pontos que considerem relevantes resgatar, sejam aspectos positivos ou negativos.
- ✓ Em pequenos grupos, converse com colegas sobre isso e veja se encontra nessas revistas figuras que representam o que vocês pensaram sobre o assunto. Recorte e cole nesse painel figuras que representam experiências de cuidado vivenciadas no CAPSad. Utilize a cartolina ou papel madeira para registrar o que não conseguiu representar.

3. DISCUSSÃO E REFLEXÃO SOBRE A TEMÁTICA

- Agora que já colaram as figuras no painel, vamos conversar com o grupo sobre o que vocês discutiram entre colegas?

Após o trabalho em pequenos grupos, socializar no grande grupo:

- Do que vocês discutiram, o que merece ser destacado para que o cuidado no CAPSad possa ser aprimorado valorizando as experiências de usuários/as do serviço?
- Querem acrescentar algo mais?

4. SÍNTESE DA COORDENADORA

5. AVALIAÇÃO

6. DESCONTRAÇÃO/RELAXAMENTO

- ✓ Dinâmica de encerramento

- **Material necessário:**

- ✓ Micro system e CDs;
- ✓ Máquina fotográfica;
- ✓ Crachás
- ✓ Revistas com variedade de fotos que possam possibilitar representar diversas formas de cuidado;
- ✓ Folhas de papel madeira e cartolinas;
- ✓ Cola de papel, tesouras, canetas hidrográficas;
- ✓ Fita adesiva
- ✓ Água;
- ✓ Lanche.

APÊNDICE F:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL****FICHA DE IDENTIFICAÇÃO
PROFISSIONAL DO CAPSad**

1. Nome/Pseudônimo:
2. Idade:
3. Estado civil:
4. Religião:
5. Cor autodeclarada:
6. Profissão/Graduação (Curso/ano de conclusão):
7. Pós-graduação (curso/ano de conclusão):
8. Tempo de trabalho nesse CAPSad:
9. Tempo de experiência profissional em CAPSad:
10. Participou de algum curso para qualificação profissional na área de drogas e saúde mental (curso/ano):

APÊNDICE G:



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

ROTEIRO 1ª OFICINA DE REFLEXÃO PROFISSIONAIS DO CAPSad

➤ **O cuidado no CAPSad**

Tempo estimado: 2:00 horas

- Coordenadora/facilitadora: Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho
- Colaboradora: (Enfermeira, discente da Residência em Saúde Mental)

1. APRESENTAÇÃO

- Dinâmica de acolhimento

2. DESENVOLVIMENTO DO TEMA

- A coordenadora inicia: pense e responda mentalmente: (escrever as perguntas em cartolina e afixar em local visível)
- ✓ Quem são as pessoas que frequentam o CAPSad?
- ✓ Que experiências vivenciei com elas, em cada modalidade de cuidado, desde que comecei a trabalhar aqui?
- ✓ Essas experiências de cuidado têm respondido as suas necessidades?
- Em pequenos grupos, converse com os/as outros/as colegas sobre essas questões e veja se encontra nessas revistas figuras que representam o que vivenciou sobre experiências do cuidado no CAPSad. Recorte e cole em um painel figuras que representam o que refletiu sobre as três questões. Utilize cartolina ou papel madeira para registrar o que não conseguiu representar.

2. DISCUSSÃO E REFLEXÃO SOBRE A TEMÁTICA

- Agora que já colaram as figuras no painel sobre as experiências de cuidado vivenciadas no CAPSad, vamos socializar com o grupo sobre o que vocês refletiram. (Gravar).
- Dos assuntos que vocês discutiram, quais os que gostariam de destacar porque consideram ser importante para o cuidado no CAPSad?
- Querem acrescentar algo mais?

4. SÍNTESE DA COORDENADORA

4. AVALIAÇÃO

5. DESCONTRAÇÃO/RELAXAMENTO

- ✓ Dinâmica de encerramento

- **Material necessário:**

- ✓ Micro system e CDs;
- ✓ Máquina fotográfica;
- ✓ Crachás
- ✓ Revistas com variedade de fotos que possam possibilitar representar diversas formas de cuidado;
- ✓ Folhas de papel madeira e cartolinas;
- ✓ Cola de papel, tesouras, canetas hidrográficas;
- ✓ Fita adesiva
- ✓ Água;
- ✓ Lanche.

APÊNDICE H:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**

**INTEGRALIDADE DO CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**ROTEIRO 2ª OFICINA DE REFLEXÃO
PROFISSIONAIS DO CAPSad**

➤ **Resgatando o cuidado em CAPSad**

Tempo estimado: 2:00 horas

- Coordenadora/facilitadora: Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho
- Colaboradora: (Enfermeira, discente da Residência em Saúde Mental)

1. APRESENTAÇÃO

- Dinâmica de acolhimento

2. DESENVOLVIMENTO DO TEMA

- Resgatar pontos das oficinas anteriores
- ✓ Solicitar aos/as participantes que pensem em tudo que foi abordado nos dois encontros anteriores e destaquem pontos que considerem relevantes resgatar, sejam aspectos positivos (flores) ou negativos (espinhos).
- Em pequenos grupos, converse com os/as outros/as colegas sobre essas flores e espinhos das experiências do cuidado vivenciadas no CAPSad, registrando em tarjetas.
- ✓ Solicitar ao grupo que desenhe uma grande montanha em papel madeira, permeada em seu interior por um longo caminho.

3. DISCUSSÃO E REFLEXÃO SOBRE A TEMÁTICA

- Pensando sobre os pontos positivos (flores) ou negativos (espinhos) vamos olhar para esse caminho na montanha e nos localizar nele: utilizar alfinetes coloridos para se localizar.
- **Como eu me vejo em relação ao cuidado que presto as pessoas?**
 - ✓ Na base da montanha?
 - ✓ No meio da montanha?
 - ✓ No cume da montanha
- Considerar que você sobe no caminho à medida que faz o melhor pelas pessoas que cuida.
 - ✓ Solicitar para que falem porque se localizaram em tal lugar na montanha
 - ✓ Solicitar que afixem os aspectos positivos (flores) e negativos (espinhos) no caminho da montanha.
 - ✓ Querem acrescentar algo mais?

4. SÍNTESE DA COORDENADORA

5. AVALIAÇÃO

6. DESCONTRAÇÃO/RELAXAMENTO

- ✓ Dinâmica de encerramento.
- **Material necessário:**
 - ✓ Micro system , CDs, máquina fotográfica;
 - ✓ Folhas de papel madeira, crepom, cartolina;
 - ✓ Cola de papel, tesouras, canetas hidrográficas, lápis em cores;
 - ✓ Fita adesiva, alfinetes coloridos; crachás;
 - ✓ Água;
 - ✓ Lanche.

ANEXO A:

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO DA PESQUISADORA
RESPONSÁVEL**

Eu, Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho, brasileira, casada, portadora do RG nº 1401869211, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“Cuidado em CAPSad: análise de vivências de pessoas usuárias de drogas e profissionais”**.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou associada com a avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

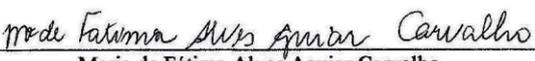
Informação confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócios, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos, e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de forma relacionada ou associada com a apresentação do projeto, acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente termo de Confidencialidade e sigilo, fica a abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Petrolina, 20 de Setembro de 2014.



Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho
Pesquisadora responsável

ANEXO B:



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM



TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO DA ORIENTADORA

Eu, Edméia de Almeida Cardoso coelho, brasileira, casada, portadora do RG nº 36820506-x, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado **“Cuidado em CAPSad: análise de vivências de pessoas usuárias de drogas e profissionais”**.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação confidencial, significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou associada com a avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócios, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos, e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de forma relacionada ou associada com a apresentação do projeto, acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente termo de Confidencialidade e sigilo, fica a abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Salvador, 12 de Setembro de 2014.


Profª Drª Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Coordenadora do Programa de
Pós-Graduação em Direito UFRB
Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Orientadora do projeto de tese

ANEXO C: Carta de anuência da Secretaria Municipal de Saúde**CARTA DE ANUÊNCIA**

Eu, Theresa Cristina da Cunha Lima Gama, Coordenadora de Educação em Serviços do convênio instituído entre a Universidade Federal do Vale São Francisco – UNIVASF e a Secretaria de Saúde do Município de Petrolina/PE, autorizo a pesquisadora Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho, doutoranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia - UFBA, a desenvolver a pesquisa intitulada: Cuidado em CAPSad: análise de vivências de pessoas usuárias de drogas e profissionais, sob orientação da professora Dra Edméia de Almeida Cardoso Coelho, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPSad de Petrolina-PE, vinculado a Secretaria de Saúde local. A pesquisa não irá proporcionar ônus para o município.

Declaro ainda estar ciente da natureza, dos objetivos e procedimentos desta pesquisa.

Petrolina, 22 de Setembro de 201

Drª Thereza Cristina da C. L. Gama
Coordenação de Educação em Serviços
Enfermeira / COREN 45623
UNIVASF - Petrolina, PE

Theresa Cristina da Cunha Lima Gama
Coordenação de Educação em Serviços

ANEXO D: Carta de aprovação do CEP**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO - UNIVASF COMITÊ DE ÉTICA E DEONTOLOGIA EM ESTUDOS E PESQUISAS – CEDEP COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP**

Av. José de Sá Maniçoba, s/n – Centro – Petrolina - PE CEP 56.304-205 - Petrolina – PE Tel/Fax: (87) 2101-6896 E-mail: cedep@univasf.edu.br

Prezada pesquisadora,

É com satisfação que informamos formalmente ao V^a. Sr.^a. que o projeto “**Cuidado em CAPSad: análise de vivências de pessoas usuárias de drogas e profissionais**” foi aprovado pelo Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisas – (CEDEP) em reunião realizada no dia 14 de outubro de 2014. A partir de agora, portanto, o vosso projeto pode dar início à fase prática ou experimental. Informamos ainda que no prazo máximo de 1 (um) ano a contar dessa data deverá ser enviado a esse Comitê um relatório sucinto sobre o andamento da presente pesquisa. Informamos que para efeito de publicação, o presente projeto encontra-se registrado sob o nº 0008/141014 CEDEP/UNIVASF.

Pesquisadora responsável: **Maria de Fátima Alves Aguiar Carvalho**

Data da entrada: **24/09/2014**

Petrolina 10/11/2014

Alexandre H. Reis
CEDEP/UNIVASF