

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**GABRIELA ROMÃO DOS REIS SILVA**

**A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE UM CAPS I  
ACERCA DO CUIDADO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

Orientador: Prof. Msc. Lúcio José Botelho

Florianópolis  
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Gabriela Romão dos Reis

A percepção dos profissionais de um CAPS acerca  
do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas /  
Gabriela Romão dos Reis Silva ; orientador, Lúcio  
José Botelho, 2016.

87 p.

Dissertação (mestrado profissional) -  
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de  
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Mental e Atenção Psicossocial, Florianópolis, 2016.

Inclui referências.

1. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. 2. Atenção  
psicossocial. 3. Saúde mental. 4. Cuidado. I.  
Botelho, Lúcio José . II. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde  
Mental e Atenção Psicossocial. III. Título.

## Folha de Assinatura



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL  
MESTRADO PROFISSIONAL

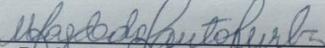
**“A percepção dos profissionais de um CAPS I acerca do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas”.**

**Gabriela Romão dos Reis Silva**

ESTA DISSERTAÇÃO FOI JULGADA ADEQUADA PARA A  
OBTENÇÃO DO TÍTULO DE: **MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE  
MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

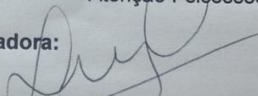
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO:

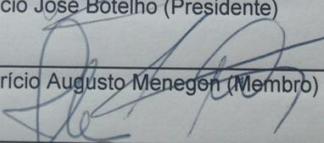
**Modelos, políticas, programas e serviços para o cuidado de  
usuários de álcool e outras drogas**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dra. Magda do Canto Zurba**

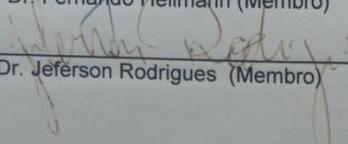
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental e  
Atenção Psicossocial

**Banca Examinadora:**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Lúcio José Botelho (Presidente)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Fabrício Augusto Menegon (Membro)

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Fernando Hellmann (Membro)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Jeferson Rodrigues (Membro)



## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Maiza e Zico, que são meus exemplos de persistência e perseverança, a distância não impediu que estivessem presentes em cada momento da minha vida.

À minha irmã Heloisa, que sempre esteve presente, mesmo distante, me apoiando em quaisquer que fossem as minhas decisões, meu porto seguro fonte de inspiração, amiga de todas as horas.

Ao Alexandre, pela imensa compreensão e companheirismo que foram de extrema importância no percurso do mestrado.

A todos que, mesmo não citados, tanto contribuíram para a conclusão desta etapa. Ao meu orientador Lucio, que com serenidade me conduziu nesta caminhada.



*Eu não sou tão forte quanto eu previa, nem tão fraca quanto eu temia. Não tenho o passo rápido como eu gostaria, nem paraliso como poderia.*

*Aprendi a me equilibrar nos extremos. Se não tenho o direito de escolher todos os acontecimentos, me posiciono de acordo com os fatos. No final, o que me move não é forte o suficiente pra me derrubar, mas é intenso o bastante pra me fazer ir além.*

**Fernanda Gaona**



## RESUMO

O presente trabalho buscou conhecer a percepção dos profissionais de um CAPS I quanto ao cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. Para isso realizou-se uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa tendo como público alvo a equipe de profissionais de saúde que atuam no CAPS I de um município do Médio Vale do Itajaí. Os dados foram coletados a partir de uma entrevista semi-estruturada e, posteriormente, analisados seguindo o método de análise de conteúdo temático. Com isto observou-se a construção de duas categorias: (i) produção do cuidado no CAPS e suas estratégias: nesta categoria constatou-se a importância de pensar no cuidado de modo a não se restringir apenas a dimensão das drogas, devendo ser construído de maneira a dar suporte em todas as dimensões de vida desse usuário; e (ii) fragilidades do trabalho em rede e seus implicantes na produção do cuidado: esta categoria discorreu acerca das principais potencialidades e fragilidades do trabalho em rede. A análise desses resultados mostrou que a produção do cuidado com eixo na integralidade demanda atitudes e participação de todos os sujeitos envolvidos no processo, prezando a interdisciplinaridade da equipe e o contato com todos os atores envolvidos.

**Palavras-chave:** Saúde Mental.. Centro de Atenção Psicossocial. Cuidado.



## **ABSTRACT**

This is, descriptive and qualitative approach that aims to analyze how health professionals perceive the structure of comprehensive health care to users of alcohol and other drugs in CAPS I (Psychosocial Care Center). The research field was enclosed in a CAPS a municipal medium Itajaí Valley in Santa Catarina. Data collection occurred through semi- structured interviews with team members, the analysis was performed following the Thematic Content Analysis described as a method that seeks indicators that allow the inference of knowledge related to the messages production conditions obtained. From the data analysis, it was found that the production of care with shaft in full demand attitudes and participation of all involved in the process, valuing the interdisciplinary team and contact with all stakeholders.

**Keywords:** Mental health.. Psychosocial Care Center. Care.



## LISTA DE SIGLAS

APA - *American Psychological Association* CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

ESF – Estratégia Saúde da Família

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde PTS – Projeto Terapêutico Singular

RD – Redução de Danos

SRT – Serviços Residenciais Terapêuticos SUS – Sistema Único de Saúde

SPA – Substância Psicoativa



## **LISTA DE FIGURAS**

**FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE.....53**



## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 – DISTRIBUIÇÃO DE CAPS EM SC EM 2015.....	53
--	----



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>25</b>
2.1. Contextualização sobre saúde mental e atenção psicossocial no Brasil .....	25
2.2. O Uso Das Substâncias Psicoativas E Seus Desdobramentos	25
2.3. O cuidado na atenção psicossocial .....	41
<b>3. MÉTODOS</b> .....	<b>51</b>
3.1. Percurso metodológico .....	51
3.2. Público alvo .....	52
3.3. Campo de pesquisa .....	52
3.4. Instrumento de coleta de dados .....	53
3.5. Análise dos dados .....	54
3.6. Considerações éticas .....	55
<b>4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>57</b>
4.1. Categoria 1: produção de cuidado no CAPS e suas estratégias .....	57
4.2. Categoria 2: fragilidades do trabalho em rede e seus implicantes na produção do cuidado em saúde mental .....	63
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>71</b>
<b>ANEXO 01</b> .....	<b>83</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>86</b>
<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>87</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem sua temática voltada para o modo como as equipes de CAPS I abordam e trabalham o tratamento ao usuário de álcool e outras drogas, tendo em vista a necessidade de uma prática efetiva de cuidados no que concerne esse tema.

O projeto estudou de que forma é conduzido o tratamento pós reforma psiquiátrica, mediante a superação do modelo hospitalocêntrico e biomédico de cuidar; assim, poder-se-á contribuir com a discussão acerca das potencialidades e fragilidades desse novo modo de cuidar em saúde mental e atenção psicossocial.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2004, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consumia abusivamente substâncias psicoativas, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo; a dependência química é determinada por uma série de motivos, todos com papel importante, como: fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais (BRASIL, 2004). Levando-se em consideração esse contexto, o estudo se torna relevante para entender como se estrutura o cuidado em saúde destinado ao usuário de álcool e outras drogas a partir das equipes de CAPS I, uma vez que uma considerável parcela dos municípios de SC é assistida unicamente por esse serviço no que tange a atenção psicossocial, além do cuidado ofertado pela atenção básica.

Ao se levar em consideração a diversidade de pessoas em distintas realidades e camadas sociais envolvidas com drogas, percebe-se que é um problema comum a todos e que permite, então, de fato, afirmar que o abuso de substâncias psicoativas é um grave problema de saúde pública. Assim é relevante ressaltar a premissa do Ministério da Saúde (2004) ao apontar a importância de reconhecer àquele que irá receber o cuidado, suas características e necessidades, portanto, para que se possa elaborar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção, adaptados às diferentes necessidades é imprescindível a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com o usuário do serviço e seus familiares.

Sobretudo, em saúde mental, o trabalho se estrutura por meio de diversas áreas e saberes profissionais. Assim, entender como essa equipe, de diversos saberes distintos, aborda a questão do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas de forma não fragmentada se torna uma questão central deste estudo. Há uma necessidade de modificar os comportamentos acrescentar novas habilidades àquelas que já

dominadas, a fim de responder com mais eficácia aos problemas que surgem e os desafios para os quais não se está preparado (SAUPE, 1998).

O campo da saúde mental é cercado de desafios e, para tanto, o cuidado deve ser encarado de modo integral e que tenha condições de fortalecer e empoderar o sujeito. Logo, é importante que a equipe siga em uma mesma direção se mostrando coesa e alinhada com as políticas de saúde.

De acordo com Rocha (2005), além da disposição para o trabalho interdisciplinar, a equipe dos serviços de saúde mental deve ter como objetivo ajudar na reinserção social, ou seja, estimular a autonomia do usuário, ajudando-o a reconstruir seu direito, restabelecer vínculos, participar e também valorizar a dimensão afetiva e social. A interdisciplinaridade, ao propor esse intercâmbio, além de oferecer um cuidado amplo ao usuário, é também capaz de modificar as relações de poder na equipe.

A Política Nacional de Saúde Mental, adotada pelo Ministério da Saúde tem como desafio a consolidação e ampliação de uma rede de atenção de base comunitária e com vínculo no território que seja capaz de atender às pessoas em sofrimento psíquico, bem como às que sofrem com a crise social, a violência e o desemprego, de modo a promover reinserção social e cidadania, é ainda um serviço ambulatorial de atenção diária que funcionam segundo a lógica do território (BRASIL, 2007). Nessa lógica os CAPS surgem em 2002, regulamentados na Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, como proposta substitutiva às internações hospitalares, são serviços de base comunitária e com vínculo no território, sendo dispositivos estratégicos para a readequação do modelo de cuidar centralizado nos hospitais psiquiátricos é um serviço de média complexidade, que abrange várias áreas de atendimento, tratamento e acompanhamento psicoterapêutico sistemático individual ou de grupo (BRASIL, 2002).

A implantação de um CAPS está intimamente ligada ao número de habitantes da região a que se destina e, assim, cada modalidade de CAPS tem uma especificação relativa ao número de habitantes, bem como à sua proposta de atendimento. Segundo a portaria os CAPS I, objeto desse estudo, é um serviço de portas abertas, composto por equipes multidisciplinares, destinado a prestar cuidado intensivo a usuários com transtorno mental grave e/ou persistente, dependência química e transtornos mentais decorrentes do seu uso e, que para sua implantação o município terá uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes. (BRASIL, 2002)

A experiência no Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial proporcionou aporte teórico metodológico através das disciplinas que auxiliaram na construção deste projeto. As disciplinas trabalhadas durante os semestres de aula trouxeram para a realização da pesquisa contribuições importantes, explanando questões da legislação em saúde mental, da Reforma Psiquiátrica, serviços, a discussão em torno da loucura e sua produção social, a sistematização e análise de dados da pesquisa, reflexões sobre a psicopatologia crítica entre outros e, ainda às diversas linhas de pesquisa e que serão fundamentais à construção dessa pesquisa.

Diante deste cenário, o estudo propõe a seguinte questão de pesquisa: Como os profissionais de saúde percebem a estruturação do cuidado integral em saúde a usuários de álcool e outras drogas em Centro de Atenção Psicossocial I, sendo traçado como objetivo geral desse estudo: descrever a percepção dos profissionais de um CAPS I quanto ao cuidado ao usuário de álcool e outras drogas.



## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO SOBRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

As desordens mentais durante grande parte da história foram institucionalizadas, sendo tratados com internações, isolamentos, atos violentos, o que deu origem aos hospitais psiquiátricos. Estas instituições apresentavam como proposta terapêutica o isolamento, que significava a exclusão dos sujeitos ditos loucos do meio social através da internação, o que caracteriza a institucionalização (AMARANTE, 2008).

A relação entre loucura e exclusão é abordada por Foucault no livro a “História da Loucura” (1964) em que o autor apresenta as formas como este fenômeno é tratado de acordo com as transformações dos séculos; a retirada dos doentes mentais do convívio social teve paralelo com a atitude de exclusão de leprosos na Idade Média e apenas com o advento da Psiquiatria na metade do século XX que ocorre significativas alterações na forma de compreender e lidar com a loucura.

Durante este período de institucionalização, os internamentos não eram considerados como capazes de curar, mas uma forma de controle. Uma realidade comum nessa época era de pessoas que passavam a maior parte de suas vidas em instituições hospitalares, por vezes, em situações que feriam as necessidades humanas básicas. Acreditavam que deveriam ser isolados todos aqueles que poderiam ser considerados ameaça à lei e à ordem.

Os hospitais gerais e as Santas Casas de Misericórdia representam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social (AMARANTE, 1996).

Além da institucionalização em forma de manicômios e hospitais, era muito forte e presente o poder institucionalizante que, por conseguinte, é esse conjunto de forças, mecanismos e aparatos institucionais que ocorrem quando o doente é colocado em isolamento, sob base de coerção e regras, além de desenvolver um processo de regressão de si, perda de individualidade e vazio emocional (AMARANTE, 1994).

Para Birman (1982) cabe desinstitucionalizar a doença mental para apreendê-la de outra forma e conferir a ela outro destino social. Portanto, os próprios psiquiatras detectaram a necessidade de procurar outras formas de tratamento que fossem além dos muros. Em momentos históricos anteriores, houveram manifestações da importância de um tratamento mais humanitário para a doença mental, como exemplo, as ações do médico Philippe Pinel (1745-1826), considerado por muitos o pai da psiquiatria moderna, de libertar os loucos das correntes dos hospitais de Bicêtre e Salpêtrière, em Paris (OLIVEIRA, 2012).

Desta forma, países como França, Itália, Inglaterra e Estados Unidos iniciaram as buscas por novas práticas psiquiátricas. Neste período destacou-se a Reforma Psiquiátrica ocorrida na Itália, organizada por Franco Basaglia que disseminou a desinstitucionalização como um processo de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas e invenção de novas realidades. Esta proposta implica num novo olhar sob o fenômeno da loucura, rompendo o paradigma problema-solução, através da mobilização de todos os atores sociais envolvidos. O movimento da reforma psiquiátrica propõe a superação do hospital psiquiátrico com o intuito na criação de outros projetos de atenção em saúde mental.

Para Franco Basaglia o grande problema era a relação que se constituía em torno da doença mental. A prática realizada pela sociedade, pela psiquiatria e pela ciência foi de manter os problemas vinculados à doença mental afastados do meio social, pois, uma vez que diagnosticado com uma doença mental, jamais seria considerada qualquer forma de manifestação, pois tudo teria relação com sua doença, estando ele fadado a sofrer todos os níveis de violência institucional. Por isso, é necessário voltar-se com atenção para o sujeito e se preocupar com tudo que se relaciona diretamente e indiretamente com a sua subjetividade. O foco passa a ser a pessoa e não mais a doença.

A desinstitucionalização em psiquiatria tornou-se Itália um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, que tende a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no hospital psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos ali depositados (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p.18).

Portanto, tornou-se viável eliminar as internações psiquiátricas a partir do momento em que se mostra possível proporcionar uma resposta a totalidade das necessidades de saúde mental dos indivíduos. E para isto os autores mencionam três aspectos fundamentais da desinstitucionalização (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p.36):

- a. A construção de uma nova política de saúde mental a partir da base do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação de todos os autores interessados, podendo ser conflituosa, pois cada um parte de uma perspectiva;
- b. A centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos “doentes”, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição[...];
- c. A construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque nascem do interior de sua decomposição e do uso e transformação de recursos materiais e humanos que estavam ali depositados.

Ao procurar exemplos na história de processos de desinstitucionalização, pode-se considerar o modelo de assistência em saúde mental de Trieste como um exemplo, onde foi possível superar o hospital psiquiátrico com serviços totalmente substitutivos à internação, suprimindo as necessidades dos sujeitos com sofrimento psíquico intenso que anteriormente eram absorvidas pelo modelo manicomial.

As idéias de Franco Basaglia tiveram grande repercussão pelo mundo em função do fechamento do hospital em Gorizia e a Promulgação da Lei nº 180 de 13 de maio de 1978 na Itália, conhecida como Lei Basaglia, que conta com 11 artigos, e vigora até hoje na Itália.

Para Dell’Acqua (1987), a experiência de Trieste levou à destruição e inviabilização do manicômio, com a intenção do fim da violência e do aparato da instituição psiquiátrica tradicional, demonstrando que era possível a construção de um circuito de atendimento que, ao mesmo tempo que oferecia e produzia cuidados, oferecesse e produzisse novas formas de sociabilidade e de subjetividade aos que necessitassem da assistência.

Dois movimentos<sup>1</sup> foram particularmente importantes para a saúde mental no início do

século XX: a Medicina Social, que teve um grande impulso entre os anos 1830-1860, e o Higienismo, que surge como uma espécie de corolário da Medicina Social, a qual surgiu concomitantemente ao desenvolvimento das cidades, a partir da necessidade de se ordenar a vida urbana (OLIVEIRA, 2012).

Ainda de acordo com OLIVEIRA (2012), na primeira metade do século XX a psiquiatria brasileira se constituiu baseada em alguns aspectos: a partir da matriz conceitual da psiquiatria européia, hegemonicamente organicista, altamente influenciada pela Medicina Social e com grande participação dos higienistas; e com uma vertente contra-hegemônica calcada nas psicologias psicodinâmica, fenomenológico-existencial, humanista e social.

---

<sup>1</sup> A Medicina Social proporcionou novas formas de pensar a qualidade de vida nas cidades modernas, aperfeiçoando a prática do saneamento urbano e incorporando questões socioambientais, volta-se com atenção para tudo que é passível de se transformar em doença, já o Higienismo ajusta sua abordagem social à orientação organicista, propondo-se a explicar, tratar e medicalizar a vida social (OLIVEIRA, 2012).

O saber hegemônico, biomédico-organicista (...) sistematizou e consolidou a nosologia kraepeliniana, e legou à loucura um lugar social discriminado e um olhar intervencionista calcado na exclusão, no asilamento em manicômios, no controle de sintomas e na punição. Seu contraponto é um conjunto de saberes fundados no tratamento moral, na introspecção, no diálogo e no vínculo profissional-paciente (OLIVEIRA, 2012, p. 165).

O processo de desinstitucionalização envolve além das forças médicas, também as forças políticas, econômicas e sociais, juntamente com vários atores. Trata-se de modificar substancialmente a lógica assistencialista, sobretudo com a articulação entre sistema sanitário e assistência social. Portanto, o sucesso da Reforma italiana obteve repercussão internacional e inspirou o movimento pela Reforma Psiquiátrica brasileira, no fim da década de 70.

O início do movimento para a reforma psiquiátrica no Brasil ocorreu no período entre 1978 e 1980, tendo como destaque o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). De acordo

com Amarante (1998), este é o principal ator político que organiza e apresenta as propostas de reformulação do sistema assistencial, se consolidando um olhar crítico sobre o saber psiquiátrico.

A partir da metade da década de 80 aconteceram discussões importantes para reestruturação da assistência em saúde mental e a implantação de serviços com a proposta de superação do modelo manicomial. Começa a ficar evidente a importância de pesquisas que vinculem saúde mental, contexto social e saúde pública.

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. (BRASIL, 2013).

Ao fazer um apanhado dos eventos que foram considerados marcos na história das políticas de saúde do Brasil, de acordo com Amarante (1998), é relevante destacar entre eles a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), o 2º Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (Bauru), a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luíz da Rocha Cerqueira (São Paulo - 1987), o Núcleo de Atenção Psicossocial (Santos), a apresentação do Projeto de Lei 3.657/89 conhecido como Projeto Paulo Delgado – que teve como proposta inicial a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e a substituição por outras modalidades de serviços-, a 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), depois de nove anos a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) com a promulgação da Lei 10.216/01 conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica” e mais nove anos para a 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2010).

Desta forma, no ano de 1990, realizou-se em Caracas a Conferência Regional para a reestruturação da Atenção Psiquiátrica, na qual políticos, sanitaristas, legisladores e técnicos responsáveis pela saúde mental na região, com o apoio de técnicos da Espanha, Itália e Suécia, aprovaram um projeto de reforma para a América Latina e o Caribe, demarcando os princípios, os objetivos prioritários e as linhas estratégicas necessárias.

A chamada Declaração de Caracas, momento inaugural da reforma psiquiátrica nos países latino-americanos, proclamou a necessidade de promover recursos terapêuticos e um sistema que garanta o respeito aos direitos humanos e civis dos pacientes com transtornos

mentais, e desta forma, superar os hospitais psiquiátricos (DESVIAT, 1999)

Em relação às experiências manicomiais ocorridas na América Latina e as mudanças necessárias, José Manuel Sotelo, que já foi representante da OPAS (Organização Pan- Americana da Saúde) no México, declarou:

A experiência demonstrou que, para ampliar coberturas de atenção, é preciso escolher e priorizar intervenções, buscando, acima de tudo, a eficiência e a eficácia, segundo um denominador comum de justiça e igualdade. Assim, deve-se dar mais prioridade a atenção à saúde do que a atenção à doença: mais à prevenção do que ao tratamento, aos serviços extra-hospitalares do que aos intra-hospitalares, devem-se priorizar os recursos maciços da comunidade e das equipes interdisciplinares, em vez da utilização exclusiva de especialistas altamente qualificados, mas insuficientes para atender ao conjunto das necessidades da população (SOTELO, 1990. p. 60).

O principal avanço e sem dúvida, a conquista mais significativa na área de saúde mental foi à aprovação em 2001 da Lei 10.216, conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica” que trata sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, neste sentido, aponta para a priorização do cuidado em saúde mental realizado por serviços não hospitalares e de base territorial e comunitária.

Esta lei foi aprovada com algumas alterações após 11 anos de tramitação no Congresso Nacional onde, o projeto inicial apresentado por Paulo Delgado em 1989, pretendia transformar os serviços psiquiátricos brasileiros. Inicialmente, esse projeto previa a extinção gradual dos manicômios e a regulamentação das internações hospitalares. Um dos serviços que se fortalecem após Lei 10.216 são os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), os antigos NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial), esta trajetória, marcada por acontecimentos significativos para a superação da institucionalização das doenças mentais e conseqüente transformação do modelo assistencial em saúde mental, foi o que deu subsídio para criar as condições mínimas de desenvolvimento das estruturas substitutivas ao hospital psiquiátrico.

Portanto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) regulamentou

a implantação e financiamento de novos serviços substitutivos, tendo em vista a construção de redes de atenção à saúde mental, em seguida:

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - serviços municipais que oferecem atendimento diário às pessoas com sofrimento psíquico intenso e contínuo, prestando atendimento e buscando a reinserção social evitando internações em hospitais psiquiátricos.
- Leitos Psiquiátricos em Hospitais Gerais – hospitais gerais que prestam o acolhimento integral ao sujeito em crise, articulados com outros dispositivos de referência para este sujeito.
- Centros de Convivência e Cultura – espaços públicos de sociabilidade, produção cultural destinados a proporcionar a articulação da cultura com o dia a dia dos sujeitos com sofrimento psíquico e sua comunidade.
- Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – moradias localizadas na cidade destinadas aos sujeitos egressos de hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia ou que se encontram em situação vulnerável. Estas residências são constituídas para atender as necessidades destes sujeitos com sofrimento psíquico possibilitando o convívio nos espaços urbanos.
- Programa de Volta para Casa – incentivos financeiros (pagamento mensal de um auxílio-reabilitação) para os sujeitos que passaram por um longo período internados em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico e são indicados para a inclusão no programa municipal de reintegração social.
- Atendimento à Saúde Mental na Atenção Básica – profissionais de saúde mental que trabalham nas Unidades Básicas de Saúde realizando atendimento clínico e ações de promoção de saúde, são assessorado pelas Equipes Matriciais de Referência em Saúde Mental.

No intuito de garantir e regulamentar esses novos componentes, em 2011, o MS instituiu a Portaria GM nº 3.088 Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, onde se amplia e articula pontos de atenção à saúde. Essa portaria condensa todo o processo de rede de atenção à saúde mental, no enfoque do combate ao abuso de substâncias, e coloca os CAPS na categoria de atenção psicossocial especializada, vinculando-os a uma extensa rede, que inclui desde os dispositivos da atenção básica até os de emergência, atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização (BRASIL, 2011).

A fim de sistematizar este processo, segundo Amarante (1998) a Reforma Psiquiátrica brasileira é:

[...] um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70. Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura da redemocratização (AMARANTE, 1998, p. 87).

Dentre os diversos dispositivos criados para substituir as instituições psiquiátricas, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerado o cerne de toda a rede de atenção à saúde mental brasileira. Esta rede é parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), rede organizada de ações e serviços públicos de saúde, instituída no Brasil por Lei Federal na década de 90. O SUS regula e organiza em todo o território nacional as ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, em níveis de complexidade crescente, tendo direção única em cada esfera de governo: federal, municipal e estadual. (BRASIL, 2005)

Dentro dessa estrutura, os CAPS têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. É a partir do surgimento destes serviços que passa a ser possível a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. É função dos CAPS prestar atendimento em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica. Deste modo, é função principal dos CAPS organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios.

Os CAPS são regidos pela Portaria ministerial 336/02, e atendem, conforme sua especificação, transtornos mentais graves e/ou persistentes. O CAPS I, o qual é o foco deste estudo, atenderam até 2005 apenas os transtornos mentais severos e/ou persistentes. Esta realidade sofreu alterações seguindo as recomendações do Colegiado de

Coordenadores em Saúde Mental e, com a necessidade veemente de potencializar a atenção a dependentes químicos de álcool e outras drogas em municípios de pequeno porte. Desta forma, com a autorização da Portaria 384/2005, houve ampliação do atendimento no CAPS I a esse público.

Estes Centros trabalham na lógica de equipes multidisciplinares, a composição da equipe e delimitações de atendimento são designadas pela Portaria 336/02, logo, o usuário é atendido pela equipe como um todo, e não fragmentado por especialidades, afim de preservar a subjetividade e promover sua autonomia. Os CAPS se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida e organizam-se no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Assim, estes serviços diferenciam-se como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Na figura 1 é possível ver a distribuição dos CAPS em Santa Catarina de acordo com suas modalidades.

#### **QUADRO 1 - DISTRIBUIÇÃO DE CAPS EM SC EM 2015 POR MODALIDADE**

<b>Modalidade</b>	<b>Quantidade</b>
CAPS I	45
CAPS I Microrregional	09
CAPS II	14
CAPS III	02
CAPS AD	11
CAPS AS III	01
CAPS i	07
	Total: 89

Fonte: Coordenação Estadual de Saúde Mental de Santa Catarina. (2015)

Ainda, de acordo com a Portaria 336/02, os CAPS I são os Centros de Atenção Psicossocial de menor porte, capazes de oferecer uma resposta efetiva às demandas de saúde mental em municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes. Este serviço conta com uma equipe formada minimamente por 1 médico com formação em saúde mental; 1 enfermeiro; 4 profissionais de outros níveis superiores e 3 de níveis médios. Entre as principais atividades estão: atendimento individual; atendimento em grupos; visitas domiciliares; atendimento à família e atividades comunitárias enfocando a integração do usuário na

comunidade e sua inserção nos ambiente familiar e social.

No Brasil, atualmente há uma predominância de atendimento em rede, por isso, as equipes do CAPS, juntamente com membros das equipes dos outros serviços, apóiam da atenção básica. Em todos os cenários, as equipes matriciais de saúde mental e da atenção básica compartilham os casos e constroem coletivamente as estratégias para a abordagem de problemas vinculados à violência, ao abuso de álcool e outras drogas, as estratégias para redução de danos, o fomento de ações para a diminuição da segregação pela loucura e combate ao estigma, e o desenvolvimento de ações de mobilização dos recursos comunitários para a reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2005)

Para Yasui (2009) a atenção psicossocial é o paradigma revolucionário da Reforma Psiquiátrica, à medida que implica em inventar um novo modelo de cuidar do sofrimento psíquico através da criação de espaços de constituição de relações sociais baseadas em princípios e valores que possibilitam reinventar a sociedade, de maneira que exista um lugar para o sujeito louco.

Ainda de acordo com Yasui (2009), a atenção psicossocial, compreendida como o paradigma transformador da Reforma Psiquiátrica, não pode ser confundida com mais uma transformação nos serviços de saúde mental, ou seja, em somente como uma modificação na organização institucional das formas de cuidado ou dos processos de trabalho. É muito mais ampla e complexa. Refere-se à ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reorganizar a sociedade, constituindo um novo lugar para o louco. Isto implica em transformar as mentalidades, os hábitos e costumes cotidianos intolerantes em relação ao diferente, no caso, o louco, buscando constituir uma ética de respeito à diferença.

Nessa perspectiva, o processo de desconstrução da rede de atendimento de casos em saúde mental pressupõe uma estratégia política, institucional e técnico-profissional de desmontagem do circuito hospitalocêntrico e das representações sociais isolacionistas. Como alternativa, deseja-se construir novas práticas e espaços que questionam continuamente as diversas formas de opressão, repressão e exclusão social do usuário. Essas mudanças visam intervenções terapêuticas comprometidas com a liberdade e inclusão social.

Portanto, são mudanças no âmbito social e histórico da sociedade e das práticas em saúde, o que torna o processo lento. Desta forma, a atenção psicossocial agiria como um circuito integrado de

serviços de saúde mental, com as funções terapêuticas e sócio-assistencial dominantes, tendo como porta de entrada as organizações sanitárias territoriais (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004)

Para o fortalecimento da rede de atenção à saúde mental é necessária a articulação entre recursos econômicos, sociais, afetivos, culturais, religiosos, sanitários, que possibilitem o cuidado e a reabilitação dos sujeitos com sofrimento psíquico intenso. Desta forma, os CAPS são dispositivos que devem estar situados no núcleo da rede de serviços de saúde e outros setores, que são fundamentais para a inserção dos sujeitos que estão excluídos da sociedade (BRASIL, 2004).

Compartilhando destes princípios, a rede de atenção à saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, caracteriza-se por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. O papel dos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, assim como das Conferências de Saúde Mental, é garantir a participação dos trabalhadores, usuários de saúde mental e seus familiares nos processos de gestão do SUS, favorecendo assim o espaço e protagonismo dos usuários na construção de uma rede de atenção à saúde mental (BRASIL, 2005).

Pode-se assim inferir que os serviços prestados pelos CAPS são de extrema importância para a sociedade e para a questão de atenção à saúde mental, uma vez que a assistência destes Centros propõe um acolhimento aos sujeitos com sofrimento psíquico, baseados nos pressupostos da desinstitucionalização.

## 2.2. O USO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E SEUS DESDOBRAMENTOS

Historicamente, o uso de substâncias que alteram o estado psicológico tem ocorrido em todas as culturas conhecidas desde os tempos mais remotos, comumente costumavam ser associadas a rituais tradicionais nas diferentes culturas, portanto, o uso destas substâncias pode ser considerado como um processo civilizatório.

Desta forma, pode-se dizer que a história da dependência de drogas se confunde com a própria história da humanidade (CARRANZA & PEDRÃO, 2005). O homem pela sua própria natureza tem buscado, através dos tempos, alternativas para aumentar seu prazer

e diminuir o sofrimento. De início, os chás, os fumos mágicos, os óleos medicinais que eram empregados de forma controlada por normas sociais e ritos tinham sempre uma função curativa, ritualística, ou mesmo mística (MARTINS & CORREA, 2004).

A utilização de substâncias psicoativas pelo indivíduo apresenta valores e simbolismos específicos que variam de acordo com o contexto histórico e cultural, em aspectos como os religiosos, sociais, econômicos, medicinais, psicológicos, climatológicos, militar, e na busca do prazer (LESSA, 2003). Ao considerar, principalmente, as sociedades ocidentais na era moderna e atentando-se para as configurações do sistema capitalista, em que o consumo é uma expressiva característica, o uso destas substâncias sofreu transformações significativas em diversos aspectos, configurando-se nas últimas décadas como um fenômeno de massa e um dos principais problemas de saúde pública.

O uso de substâncias psicoativas envolve a relação de capacidade individual e coletiva no enfrentamento das frustrações do cotidiano. A frequência do uso de droga, em maior ou menor grau, pode estar relacionada com o nível de desenvolvimento sociocultural de cada país; uma sociedade se torna mais vulnerável por várias razões, entre as quais o descontentamento, o ideal não alcançado, quando reina o desespero entre os indivíduos por não encontrarem seu papel social; quando predomina a injustiça ou existe o perigo iminente de um conflito social (VARENNE, 1973).

É denominada substância psicoativa, qualquer substância que, utilizada por qualquer via de administração, provoca modificações no funcionamento do sistema nervoso central, altera o humor, o comportamento, o nível de percepção ou o funcionamento cerebral, podendo ser legalmente usadas, prescritas ou ilícitas.

De acordo com Schneider (2010) as drogas lícitas, como álcool e tabaco, carregam os maiores índices de mortalidade, bem como os de violência urbana e no trânsito, também influenciam diretamente no absenteísmo ao trabalho e gera desordens de nível social. Portanto, o aumento expressivo no consumo de drogas reflete as transformações atuais do mundo em termos de tempo-espço, o que provoca mudanças profundas no modo de ser contemporâneo, em que instantaneidade e descartabilidade são valores intensificados no modo de viver e se relacionar com as pessoas, objetos e hábitos.

Desta forma, é importante compreender que estas transformações na sociedade provocam desdobramentos na forma subjetiva dos indivíduos lidarem com as sensações e estilos de vida, em

uma conjuntura que preza pelo prazer imediato e pela descartabilidade, o uso de drogas passa a ser intensificado, sendo enquadrado como abusivo e maléfico. O consumo das substâncias psicoativas (SPA) percorre diferentes países, contextos geográficos e culturais, classes sociais e faixas etárias; provoca prejuízos pessoais, familiares e sociais, alto custo econômico, assim como retroalimenta a violência urbana, familiar e interpessoal (SCHNEIDER & LIMA, 2011).

Segundo Deniker (1983), as drogas podem ser classificadas em: estimulantes, perturbadoras e sedativas. As drogas estimulantes têm ação tônica, revigorante, euforizante, desta forma estimulando as funções psíquicas, exemplos: tabaco, anfetaminas, ecstasy, cocaína, crack e caféina. Já as drogas perturbadoras têm ação confusional, alucinógena, exemplos: L.S.D., maconha e chá de cogumelos. Por fim, as drogas sedativas possuem a função de diminuir as atividades do cérebro, exemplos: analgésicos, soníferos e ansiolíticos.

O consumo exagerado de substâncias e as farmacodependências representam um importante fardo para indivíduos e sociedades em todo o mundo. O Relatório sobre a Saúde no Mundo de 2002 indicava que 8,9% da carga global das doenças resultam do consumo de substâncias psicoativas. O mesmo relatório mostrava que, em 2000, o tabaco representava 4,1%, o álcool 4% e as drogas ilícitas 0,8% da carga global das doenças. Uma grande parte dessa carga, que se pode atribuir ao consumo de substâncias e as farmacodependências, resultam de vários problemas sanitários e sociais, incluindo HIV/ AIDS, que em muitos países é causada pelo uso de drogas injetáveis (OMS, 2004).

De acordo com a *American Psychological Association* (APA) substâncias com potencial de abuso são aquelas que podem desencadear no indivíduo a auto-administração repetida, que geralmente resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo.

A dependência é uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância. A avaliação inicial começa pela identificação dos sinais e sintomas que caracterizam tal situação (EDWARDS, 1999). As características da dependência química podem ser descritas como: um desejo irresistível ou uma necessidade imperiosa de consumir a droga e obtê-la de todos os meios possíveis; uma tendência para aumentar as doses; uma dependência de ordem psicológica e/ou física em relação aos efeitos da droga (OLIVEIRA, 2006).

De acordo com Seibel & Toscano (2000), a dependência química é caracterizado essencialmente por ser um fenômeno constituído nas inúmeras interfaces e articulações entre variáveis

biológicas, farmacológicas, psicológicas, socioculturais, políticas, econômicas e antropológicas, a dependência de álcool e outras drogas se configura como uma complexidade que inviabiliza qualquer tentativa de explicação reducionista, que desconsidere suas múltiplas determinações.

Os principais efeitos nocivos do consumo de substâncias podem ser divididos em quatro categorias. Em primeiro lugar, temos os efeitos crônicos para a saúde. Em segundo lugar, temos os efeitos biológicos, agudos ou em curto prazo, da substância sobre a saúde. A terceira e quarta categoria de efeitos nocivos incluem conseqüências sociais prejudiciais: problemas sociais graves, tais como separações bruscas ou detenções, e problemas sociais crônicos, tais como incapacidades em relação ao trabalho ou ao papel na família (OMS, 2004).

No que diz respeito ao tratamento dos usuários de drogas, é necessário ressaltar que o mesmo tinha por base, no final do século XIX e primeira metade do século XX, o modelo biomédico, estando diretamente ligado à assistência psiquiátrica. Os indivíduos que apresentassem problemas com álcool ou outras drogas eram encaminhados para instituições psiquiátricas com a finalidade primordial de retirá-los do convívio social e promover o abandono do uso, utilizando, para tanto, as mesmas técnicas empregadas com outros internos (PRATTA, 2009).

Destarte, segundo Ferreira e Luis (2004), a atenção voltada ao uso de drogas, vinculada à assistência psiquiátrica, traz consigo a questão da violação dos direitos humanos, além do problema da má qualidade dos serviços prestados aos usuários, pois teve como base o modelo hospitalocêntrico.

Em linhas gerais, a dependência de drogas é mundialmente classificada entre os transtornos psiquiátricos, sendo considerada como uma doença crônica que acompanha o indivíduo por toda a sua vida; porém, a mesma pode ser tratada e controlada, reduzindo-se os sintomas, alternando-se, muitas vezes, períodos de controle dos mesmos e de retorno da sintomatologia (AGUILAR & PILLON, 2005; LEITE, 2002).

A OMS (2001) destaca ainda, que a dependência química deve ser tratada simultaneamente como uma doença médica crônica e como um problema social. Pode ser caracterizada como um estado mental e, muitas vezes, físico que resulta da interação entre um organismo vivo e uma droga, gerando uma compulsão por tomar a substância e experimentar seu efeito psíquico e, às vezes, evitar o desconforto provocado por sua ausência. Não basta, portanto, identificar e tratar os sintomas, mas sim, identificar as conseqüências e os motivos que

levaram à mesma, pensando o indivíduo em sua totalidade, para que se possa oferecer outros referenciais e subsídios que gerem mudanças de comportamento em relação à questão da droga (PRATTA, 2009).

O diagnóstico de uma dependência química exige a avaliação de diversos aspectos, uma vez que os padrões de consumo de drogas na atualidade são diversificados, sendo a dependência o último estágio. Entretanto, romper o ciclo de dependência é algo muito difícil e delicado, pois os indivíduos que se tornam dependentes vivenciam um sofrimento físico e psíquico intensos, tendo sua vida afetada, bem como suas famílias, amigos e a comunidade de uma forma geral (PRATTA, 2009).

Além disso, a abordagem exigida para a dependência química é coerente com o modelo psicossocial de saúde em foco na atualidade. Isso porque, tratar a questão do uso abusivo de substâncias psicoativas e a questão da possível dependência que pode emergir em alguns casos, implica discutir não só as questões orgânicas e psicológicas envolvidas, mas também os aspectos sociais, políticos, econômicos, legais e culturais inerentes a esse fenômeno, além das consequências físicas, psíquicas e sociais da mesma (OCCHINI & TEIXEIRA, 2006).

Após a Declaração de Caracas, em 1990, vinculou-se a atenção psiquiátrica à atenção primária em saúde. Com a reforma psiquiátrica, foram estabelecidas novas diretrizes para a assistência em saúde mental, definindo as normas a serem seguidas para a implantação dos chamados Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS).

A partir de 2002, em função dessa realidade e do aumento significativo do uso de substâncias psicoativas e de suas consequências associadas, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Atenção Integral ao usuário de Álcool e outras Drogas, demonstrando uma vontade política direcionada à criação de serviços específicos para usuários e dependentes químicos (BRASIL, 2004).

Pode-se dizer então que a forma de encarar a dependência química e trabalhar com a mesma sofreram alterações, principalmente ao final do século XX, buscando-se uma abordagem mais ampla e coerente do usuário ou do dependente químico, uma vez que até então, a dependência estava diretamente relacionada à assistência psiquiátrica.

Portanto, o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, bem como as intervenções visando a promoção da saúde e a prevenção do uso de, devem romper com o modelo cartesiano, apesar das dificuldades ainda vivenciadas, e assumir que reduzir esse fenômeno em nossa realidade é algo que depende da interação entre vários grupos, exigindo mudanças substanciais na organização social (PRATTA, 2009).

Neste ponto, a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como mudança comportamental, a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida. A Redução de Danos (RD) vem se consolidando como um importante movimento nacional, impulsionando a construção de uma política de drogas democrática. Esta prática foi adotada como estratégia de saúde pública pela primeira vez no Brasil no município de Santos-SP no ano de 1989, quando altos índices de transmissão de HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis (MESQUITA, 1991).

Neste sentido, o lócus de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc., equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e reabilitação sejam contínuos e se dêem de forma associada (BRASIL, 2003).

Esse processo de ampliação e definição da RD como um novo paradigma ético, clínico e político para a política pública brasileira de saúde de álcool e outras drogas implicou um processo de enfrentamento e embates com as políticas antidrogas que tiveram suas bases fundadas no período ditatorial e está estritamente ligada ao Direito Penal, este que ainda se centra nas práticas hospitalares como o melhor cuidado para os usuários de drogas e álcool, fato que oferece uma possível justificativa para as diversas retaliações judiciais que ações de RD vêm sofrendo no Brasil

De acordo com Passos & Souza (2011), a RD coloca em questão as relações de força mobilizadas sócio-historicamente para a criminalização e a patologização do usuário de drogas, já que coloca em pauta inúmeras possibilidades de uso de drogas sem que os usuários de drogas sejam identificados aos estereótipos de criminoso e doente: pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento, pessoas que não querem parar de usar drogas e não querem ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas.

### 2.3. O CUIDADO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

As práticas cuidadoras, historicamente, respondiam às necessidades de saúde que variavam de acordo com as diferentes avaliações sobre o aparecimento e desaparecimento das doenças, sua maior ou menor intensidade e o grau de importância que adquiriam em diferentes contextos sociais.

No entanto, as práticas de saúde vêm enfrentando, há algum tempo, uma considerável crise de legitimação (SCHRAIBER, 1997). Talvez por isso, como resposta a esta conjuntura, se torna compreensível o surgimento recente no campo da saúde de diversas propostas para sua reelaboração, tais como integralidade, promoção da saúde, humanização, vigilância da saúde, entre outras (CZERESNIA; FREITAS, 2003).

Segundo Merhy (1999) no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderá ser atingida a cura e a saúde, que são de fato os objetivos que se quer atingir.

Portanto, é fato preponderante na atual conjuntura, a forma como ocorre a produção de saúde. O uso de tecnologias duras é evidenciado de forma superior às outras tecnologias leve- duras e leves na linha produtiva do cuidado (MERHY, 1997). Dependendo de como se combinam esses três tipos de tecnologias, configuram-se distintos modelos de atenção à saúde.

Na perspectiva do cuidado, o Estado segue a natureza mercadológica ao instituir uma produção carente de valores e significados. Como resultado desta lógica mercantil, os serviços de saúde se esvaziam dos mecanismos de solidariedade e propiciam a anulação da formação de vínculos (GUIZARDI, PINHEIRO, 2006). CAMPOS (1994) aponta que as pessoas acostumam-se a funcionar conectadas a esquemas mais ou menos rígidos, de papéis e objetivos.

Superar esta configuração exige operar com dispositivos que possibilitem redefinir os espaços de relações entre os vários atores envolvidos nestes processos, alterando a missão dos estabelecimentos de saúde, desta forma, ampliando os modos de produzir atos de saúde. Propiciar novos arranjos, novas combinações tecnológicas em que o peso das tecnologias leves seja maior e em que as necessidades dos usuários ocupem um lugar central (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Ao se falar da produção de cuidado em saúde mental, falamos em tecnologias leves, quando o profissional consegue desenvolver a escuta qualificada com o usuário, produzindo um vínculo empático com o

mesmo.

Deste modo, ao tornar a clínica como ato prescritivo, a relação profissional-usuário se despiu dos elementos subjetivos essenciais para as relações humanas. A fala e a escuta como estratégias hermenêuticas, por vezes é suprimida pelo diagnóstico intervencionista de base puramente biológica (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

Segundo Pinto (2008), para o trabalho se realizar como uma forma do cuidado em saúde é necessário construir competência de ação em duas dimensões básicas das intervenções em saúde: primeiramente, a da dimensão propriamente cuidadora, pertinente a todos os tipos de trabalhos de saúde, e a outra, a dimensão profissional centrada, própria de seu recorte tecnológico específico para compor o seu lugar na organização e estruturação dos modelos de atenção. A construção destas competências é obtida nos possíveis arranjos que as três valises permitem, produzindo uma intervenção tanto focada nos procedimentos, quanto em certas formas cuidadoras, como escuta e acolhimento.

A preocupação com o sofrimento humano ainda não foi, por muito tempo, objeto integrante das atitudes na prática dos trabalhadores de saúde. Formados e capacitados para diagnosticar, tratar e curar, eles deparavam-se com situações complexas que fogem à lógica determinista da clínica. Entretanto, essa realidade vem se transformando através do tempo, quando o cuidado é focado, não somente no usuário, mas também em suas vivências, pois essas são situações determinantes para o cuidado, não podendo, apenas, focar a atenção a um modelo biologicista de olhar o ser humano. De acordo com Ayres (2001) é necessário promover transformações nas concepções constituídas a partir do agir em saúde. O ato precisa se afastar do cumprimento de uma intervenção e propiciar a aproximação de uma noção mais ligada ao cuidado.

A conformação das redes de cuidado e a própria organização dos serviços de saúde seguem uma lógica macro-estrutural em que as valises político-jurídicas direcionam as ações, intervenções e funcionamento dos diversos segmentos sistêmicos (PINTO, 2008).

A portaria 3088/11 que institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) avalia o cuidado da seguinte forma:

§ 3º O cuidado, no âmbito do Centro de Atenção Psicossocial, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família, e

a ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial ou da Atenção Básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

A percepção do modo de cuidar em saúde deve direcionar o olhar investigativo para compreensão das necessidades de saúde dos sujeitos em seu território a fim de superar a visualização apenas do consumo direto dos atos ofertados. O encontro entre o “cuidador” e o “cuidado” é, sem dúvida, um dos momentos mais singulares do processo de trabalho em saúde enquanto produtor de cuidado.

Portanto, a compreensão do sofrimento e adoecimento implica o processo saúde- doença para além das causas biológicas e incluem a relação do sujeito com o ambiente como determinante das condições gerais de saúde (LACERDA; VALLA, 2006).

Os agravos psicossociais permeiam os cenários e espaços de cuidado. Como já abordado em capítulos anteriores, tal demanda é decorrente da forma como a população humana vem interagindo com o mundo e sua natureza, ou melhor, conseqüências de uma vivência de acordo com o tipo de sistema econômico mundial, o capitalismo.

Mudanças na atenção dependem de novos arranjos tecnológicos – entre instrumentos, saberes e relações dos sujeitos envolvidos no ato de cuidar – repensados/recriados em articulação como os demais componentes implicados no trabalho. Ou seja, inovações assistenciais englobam, dentre outros aspectos, a construção/reconstrução social do trabalho como totalidade – de suas finalidades, objetos, ações, tecnologias, modos de inserção dos envolvidos, produtos, considerada a sua inclusão em dadas condições concretas (MERHY, 1997, p.22)

A noção de cuidado supera a lógica pontual e casuística da intervenção medicamentosa por si só. O cuidado é operado em uma ação integral que incorpora as tecnologias, os significados e os sentidos voltados para uma compreensão da saúde como o direito do ser humano (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

O cuidado em saúde está diretamente ligado com a relação que se estabelece entre aquele que “irá cuidar” e aquele que precisa “ser

cuidado”, encontra-se no interior da micropolítica dos processos de trabalho. Sendo assim, cuidar é considerar as características dos usuários, suas vivências, a importância da construção de projetos de vida e o desenvolvimento de uma relação como eixo central da ação terapêutica.

Para tanto, a formulação de nova caminhada para a assistência em saúde mental foi estruturada com base na valorização do sujeito e na construção de um sistema que permita alternativas adequadas e acessíveis ao viver humano na dimensão clínica e cidadã.

O novo modelo assistencial reconfigurou o objeto de intervenção – não mais a doença e sim o sujeito-social com transtorno mental – e, conseqüentemente, a sua finalidade – não mais a remissão do sintoma, mas as necessidades de saúde propriamente humanas – e os instrumentos de intervenção, ou seja, os saberes e as práticas (BARROS; OLIVEIRA; SILVA, 2000, p. 816)

Para Pinto (2008), o projeto terapêutico com foco no sujeito direciona uma conduta voltada para a habilitação deste indivíduo, no sentido de interagir com o mundo ao seu redor. Os valores e princípios pessoais expressos na vivência social dinamizam o comportamento humano, a percepção sobre si mesmo e a inter-relação sócio-familiar. A prática antimanicomial e a reabilitação psicossocial ampliam o espectro clínico para a dimensão subjetiva e assim delineiam o caminho essencial para efetivar suas ações.

A organização dos serviços de saúde mental sugere uma perspectiva humanizadora das relações na produção do cuidado. A fragmentada prática assistencial sucumbe às possibilidades de autonomia do usuário frente a seus déficits e também às oportunidades terapêuticas a serem disponibilizadas no campo prático profissional (PINTO, 2008).

Portanto, o cuidado integral favorece uma multidirecionalidade nas abordagens realizadas. As ações convergem na busca de dar ao indivíduo uma plenitude de soluções capaz de torná-lo ativo, digno e livre (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Dessa forma, a assistência em saúde mental procura construir um modelo terapêutico, baseando-se na ampliação da clínica e no enfoque do sujeito-usuário. O acolhimento no território emerge na formação do vínculo e pela responsabilização em conjunto na busca da

resolubilidade das necessidades de saúde. A escuta proporciona a evidência dos problemas reais, um acesso à realidade, e a criação de possibilidades no convívio com o sofrimento psíquico e suas relações sócio-culturais (AMARANTE, 2007).

O cuidado deve perceber também as concepções de mundo, as preferências singulares e o modo de vida aceito e seguido pelo indivíduo na busca de seu tratamento, de seus desejos e/ou metas a serem alcançadas. Numa perspectiva gramsciana, cada sujeito é um ser que pensa e é capaz de produzir sua própria concepção de mundo (GRAMSCI, 1978).

De acordo com Pinto (2008), a intensificação do encontro entre os sujeitos da prática clínica, ou seja, o profissional de saúde e o usuário possibilitam a formação de vínculo entre eles. A potência deste encontro é resultante das trocas empreendidas relacionalmente e favorece a busca efetiva de soluções para manutenção da vida.

O cuidado em saúde mental deve relevar o sujeito no plano terapêutico, pois somente através de suas exposições, exclamações, dúvidas, opiniões e anseios emitidos, é possível concretizar um processo de melhoria da adaptação psicossocial deste para com a sociedade.

Para tanto, a rede de atenção em saúde mental precisa colocar diversos trabalhadores em um cenário ativo, em que a construção de alternativas para o resgate da cidadania e do estado de saúde efetive-se através do cuidado integral. As ações pontuais e limitadas fogem do universo multidisciplinar, pois as relações de equipe, usuários e sistema de saúde devem problematizar as questões inerentes ao desenvolvimento de uma prática saudável e resolutive, e por que não pró-ativa (LACERDA; VALLA, 2006).

A produção do cuidado decorre da concepção estabelecida por meio das relações em que o acolhimento, vínculo, autonomia, responsabilização e resolutividade são abordadas na prática para com os sujeitos sociais envolvidos no processo. Para tanto espera-se que o profissional amplie sua capacidade de escuta, na própria clínica, disponibilizando um sentido humanizado no atendimento, acolhendo o sofrimento e traduzindo-os em dimensões físicas, psíquicas e sociais, tornando, assim, possível as ações e intervenções integradoras de todas estas dimensões (CAMPOS, 1992).

Por isso é necessário a produção do cuidado integral, assim, ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada as unidades e a maneira dos trabalhadores compreenderem o processo saúde-doença e os sofrimentos da vida implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a

de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde. Bem diferente do lugar em que hegemonicamente se coloca o usuário, objeto das ações de saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009)

Para Boff (1999), nestas novas configurações de práticas em saúde, além de receber o tratamento, a pessoa passa a ser objeto de cuidado: um ser que porta necessidades e não apenas sintomas. Cuidar possui o caráter de atitude, portanto, abrange mais que um momento de atenção e de zelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de desenvolvimento afetivo com o outro.

As inter-relações presentes nos serviços de saúde, entre os envolvidos na atenção, abrangem mais que um encontro físico, intermediado pela aplicação de medidas técnico-científicas. Tal encontro diz respeito a um acontecimento intersubjetivo entre sujeitos eminentemente relacionais, culturais, políticos e psicoafetivos, imersos em contextos de relações e produção/reprodução de ações e simbolismos diversos. Nesses contextos, a saúde, a doença, as demandas, a organização e os modos de realização dos cuidados constituem-se em formas múltiplas e dinâmicas elaboradas/reelaboradas na relação entre os níveis macro e microsocial (OLIVEIRA, 2012, p. 88).

A resolubilidade almejada na atuação de cada profissional de saúde no processo de cuidado poderá ser resultado do acolhimento e, conseqüentemente, do vínculo estabelecido na relação usuário-profissional, inserido numa lógica ou modelo assistencial que priorize também as relações de cuidado, desencadeando a humanização das ações de saúde (CAMPOS, 2003).

A singularidade de cada indivíduo define e orienta o papel único do agir em saúde. O protocolo da atitude clínica deve considerar estas peculiaridades, semelhanças e afastamentos. A aproximação do objeto, nesse caso, o usuário, requisita a habilidade de aceitar-se parceiro na construção de um projeto terapêutico comum.

Como bem pontuou Canguilhem (1982):

A loucura, a dor subjetiva, a morte e o envelhecimento não são ruídos, desvios,

disfunções de uma vida que se extraviou de seu rumo. São, ao contrário, os signos de uma vida normativa. Ter saúde não é não adoecer: é poder adoecer e se recuperar; poder sofrer e ultrapassar o sofrimento engendrando novas formas de lidar com vida (CANGUILHEM, 1982, p.189).

O entendimento da demanda como necessidade expressa à dimensão visível e real do sofrimento humano e do direito da pessoa à saúde. A constituição de novas estratégias no cuidado integral interpela a transformação das práticas profissionais e da própria organização do processo de trabalho por meio da problematização e da capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Mattos (2005) afirma que a integralidade das práticas dos profissionais de saúde envolve o esforço de compreensão do sofrimento causado pela doença no modo de viver de cada sujeito, assim como a compreensão do significado das propostas terapêuticas e ofertas de tecnologias neste mesmo contexto. A conduta não deve decorrer dos protocolos, nem da unilateralidade e, sim, dos diálogos entre o técnico (saber) e a compreensão da singularidade ou coletividade (usuário).

O conhecimento dos problemas e do próprio contexto da comunidade pode trazer benefícios no processo de cuidar, e ser um referencial para todos os trabalhadores de saúde em suas práticas diárias. A distância física ou simbólica do território por parte de alguns sujeitos delinea uma prática medicalizante e congelada da vida social (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2005).

De forma positiva, o encontro do sujeito com o ambiente do cuidado pode favorecer a melhora no seu estado de adaptação e equilibrar os mecanismos processuais de enfrentamento do estresse, da angústia e da pressão do cotidiano.

A política de saúde mental brasileira considera os CAPS como dispositivos estratégicos para a organização da Rede de Atenção Psicossocial. O território deve ser o espaço de atitude e ação. Entende-se que a atuação com base territorial inclui a geografia do convívio social (família, escola, trabalho, igreja, entidades, etc.) dos usuários e deve favorecer o resgate das potencialidades nos recursos comunitários circunscritos, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental (BRASIL, 2003).

A reinserção social pode ter o início no CAPS, mas sempre em

direção à comunidade e nunca como o único tipo de serviço de atenção em saúde mental. Pelo contrário, esta atenção deve ser feita dentro de uma rede de cuidados (atenção básica, residências terapêuticas, ambulatorios, centros de convivência, clubes de lazer, entre outros) (BRASIL, 2003).

Para tanto, é necessário subverter a “ordem” existente na organização tradicional, que em geral não há espaço e nem tempo para escuta e construção coletiva porque o lugar da tomada de decisão está no ápice da pirâmide. É necessário descentralizar sem perder o foco e para isso precisamos envolver com a intenção de definir os objetivos e os métodos de trabalho.

Dessa forma, para construir a linha do cuidado em saúde é necessária a premissa do desejo, adesão ao projeto, vontade política, recursos cognitivos e materiais como o essencial da proposta, assim como a reorganização do processo de trabalho (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

Somente assim é possível construir novas configurações, que coloquem a favor do interesse do público a relativa autonomia liberdade de que os trabalhadores de saúde dispõem na concretização de suas práticas.

E é no território das ações cuidadoras que essa negociação pode acontecer. É esse território que pertence aos usuários e a todos os trabalhadores da saúde. É esse território que é configurado a partir do trabalho vivo em ato e da articulação de saberes que pertencem ao mundo da vida e não estão aprisionados pela razão instrumental. É nesse território que se produzem os encontros e a possibilidade de uma construção efetivamente negociada, pois aí é que se pode fabricar autonomia para os usuários e o trabalho da equipe de saúde. Por isso o cuidado (e não a clínica) é a alma dos serviços de saúde e a estratégia radical para defesa da vida (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p.10).

Desta forma, é importante contextualizar sócio historicamente as práticas dos trabalhadores de saúde mental na operação da produção do cuidado no CAPS. Principalmente à medida que o paradigma da atenção psicossocial procura construir um novo espaço social, possibilitando o resgate da cidadania e o suprimento das necessidades de

saúde do sujeito em sofrimento psíquico.

A atenção psicossocial torna possível a desamarração das correntes virtuais do sofrimento, exclusão e dor. A inserção somente ocorre com o compartilhamento de sentimentos, desejos e saberes. A prática clínica em saúde precisa intensificar sua absorção e expandir sua entranha técnica para que permita o ajuste, a adequação e a promoção de um equilíbrio mental no sujeito e em seus contextos (PINTO, 2008).

No processo de transformações, as formas de gestão precisam incorporar a realidade vivenciada, em que sentimentos não tão positivos como o egoísmo, a vaidade, os interesses e os preconceitos de cada segmento devem ser colocados em pauta, sem que se deixe de tratá-los como determinantes ou condicionantes da prática clínica. Aponta-se como importante que a formação acadêmica e a própria Universidade precisam investigar fórmulas de socialização dos saberes, traduzindo-os para formulações mais acessíveis e aplicáveis (CAMPOS, 1994).

Sendo assim, mostra-se como imprescindível a construção de um novo olhar para o cuidado baseado no diálogo e na criatividade que possibilite a transformação social do papel dos profissionais no exercício da sua prática. Deste modo a busca é a de colocar sob interrogação o encontro entre trabalhador e usuário como um poderoso processo revelador das distintas lógicas que operam no interior dos modos como se trabalha em saúde, o que permite perceber diferentes linhas de fuga que podem abrir este processo a novos significados ético-político e operativos.



### 3. MÉTODO

#### 3.1. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo se realizou por meio de uma pesquisa exploratória, descritiva e com abordagem qualitativa. Embora seja uma prática teórica, a pesquisa está sempre vinculada ao pensamento e a ação, sendo o alimento da atividade de ensino e responsável por sua atualização frente à realidade do mundo. A pesquisa qualitativa busca responder as questões muito particulares de um nível de realidade que não pode ser quantificada. Ao trabalhar com esses significados os fenômenos observados extrapolam as operacionalizações de variáveis do estudo (MINAYO, 2011).

Segundo Minayo (2011), estudos e seus significados somente serão entendidos quando traduzidos por quem o vivencia, possibilitando a interação dos sujeitos produtores do conhecimento. A abordagem qualitativa envolve uma grande quantidade de informações sobre um pequeno número de pessoas e geralmente não é apresentada de forma numérica. Realizou um trabalho que envolveu as experiências do cotidiano de cuidado em um CAPS I, com foco no modo como a equipe pensa e aborda a questão do cuidado em saúde ao usuário de álcool e outras drogas.

Moreira (2002) elenca as características básicas da pesquisa qualitativa da seguinte forma: (i) a interpretação como foco; (ii) a subjetividade é enfatizada; (iii) flexibilidade na conduta do estudo; (iv) interesse no processo e não no resultado; (v) o contexto intimamente ligado ao comportamento das pessoas na formação da experiência; (vi) reconhecimento de que há uma influência da pesquisa sobre a situação.

De acordo com Maanen (1979), as pesquisas qualitativas compreendem um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam descrever uma situação, possui como objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social. Além disso, característica importante deste estudo é o recorte temporal-espacial que o pesquisador faz de um determinado caso a ser analisado.

Portanto, na pesquisa qualitativa a abordagem do problema é feita de forma processual, é de grande interesse as experiências cotidianas dos sujeitos investigados, avaliadas a partir da coleta de dados que pode ser feita na forma de entrevista aberta, diário, cartas, relatos autobiográficos e análise de documentos. Estudos deste tipo são capazes de proporcionar uma real relação entre teoria e prática e tradução da realidade observada.

### 3.2. PÚBLICO ALVO

A pesquisa se realizou com a equipe de profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial de um município do Médio Vale do Itajaí em Santa Catarina. Neste estudo, entende-se por equipe, aquela considerada pela Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, definida com os seguintes profissionais, no mínimo: 01 médico com formação em saúde mental, 01 enfermeiro, 03 profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo e o/ou outro profissional necessário ao projeto) e 04 profissionais de nível médio (técnico de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão).

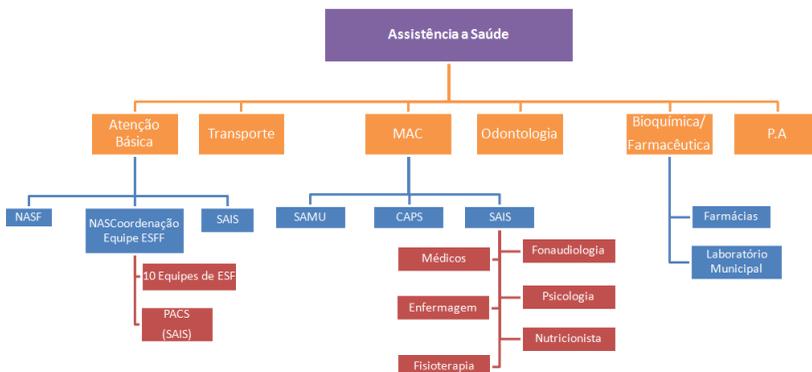
O CAPS pesquisado conta com uma equipe formada por: 02 Médicos Psiquiatras, 01 Clínico Geral, 01 Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, 02 Psicólogos, 01 Assistente Social, 03 Técnicos de Enfermagem e 02 Auxiliares de Serviços Gerais. Foi considerado como critérios de inclusão para as entrevistas estar trabalhando na unidade num período mínimo igual ou superior a um mês; e estar na unidade durante o período da coleta de dados. Seguindo este critério foram entrevistados nove profissionais da equipe a constar de: 02 médicos psiquiatras, 01 assistente social, 02 técnicos de enfermagem, 02 psicólogos, 01 auxiliar administrativo e 01 auxiliar de serviços gerais. O roteiro da entrevista encontra-se no apêndice A.

### 3.3. CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada em um CAPS I, que está em funcionamento há aproximadamente 14 anos, fornecendo atendimento de saúde para usuários portadores de sofrimento psíquico severo e/ou persistente e, também, a usuários de álcool e outras drogas. O horário de funcionamento da unidade inicia-se às 07h30min e se finda às 17h00min, dividido em dois turnos durante os cinco dias úteis da semana, em concordância com a Portaria do Ministério da Saúde que trata sobre o funcionamento dos CAPS.

O Município do Vale do Itajaí, com população estimada em 60 mil habitantes, atualmente conta com 10 ESF (Estratégia Saúde da Família), equipe de NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), serviço de vigilância sanitária e epidemiologia, e um CAPS I, segundo coordenadora do CAPS I. A figura 1, fornecida pela instituição, apresenta o fluxograma de Assistência a Saúde do município.

**FIGURA 1 – FLUXOGRAMA DA ASSISTÊNCIA A SAÚDE**



Fonte: Adaptado da apresentação NEPSHU – Pensando na rede que temos, construindo a rede que queremos (2016).

### 3.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista semi-estruturada. Segundo Minayo (2011), esta técnica de coleta, combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado, tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem prender à indagação formulada.

Para ter início a realização da pesquisa e coleta de dados houve um primeiro contato com a coordenadora do CAPS I para explicação da estrutura, objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como a autorização e agendamento de uma primeira reunião com a equipe.

As entrevistas ocorreram no CAPS I selecionado, com datas previamente agendadas com o responsável técnico da unidade. Após, realizou-se uma explanação sobre os objetivos da pesquisa, onde, prioritariamente, deverão estar presentes todos os membros da equipe, e assim decidirão quanto a participação no estudo e, em seguida assinatura do TCLE (apêndice B).

Desde o primeiro contato com a equipe se deixou claro o caráter de anonimato do participantes, assim como o sigilo das informações fornecidas e a desistência durante o processo. Por conta disso, os profissionais que participaram da coleta de dados foram nomeados pelo código identificador Entrevistado, sendo identificados assim como E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E8.

### 3.5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos, após transcrição, foram analisados seguindo a Análise de Conteúdo Temático descrita por Minayo (2011), como um método de análise que visa obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos, relativos às condições de produção das mensagens obtidas.

Minayo (2011) e Bardin (2011) concordam quando apontam que a análise de conteúdo se divide em três etapas: 1) pré-análise: essa é a fase de organização dos dados com base nos objetivos da pesquisa realizando uma leitura flutuante, constituição do corpus seguindo as normas de exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos; 2) exploração do material: são constituídas as categoria para alcançar o núcleo de compreensão textual e; 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretados: a partir dos resultados prévios é realizada a interpretação dos dados da pesquisa, relaciona-os com referências teóricas e produções científicas condizentes ao estudo.

Ainda, Bardin (2011) refere que a análise de conteúdo consiste em:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. (...) A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não) (BARDIN, 2011, p. 38)

Já para Minayo (2011) a análise de conteúdo vai além de um conjunto de técnicas. Constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada, e apresenta duas principais funções: comprovação de hipóteses e/ou questões e descoberta do que está por trás dos conteúdos expressos. Tais funções podem ser complementares, com aplicação satisfatória tanto em pesquisas qualitativas como quantitativas.

### 3.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC afim de que fosse considerada a adequação ética de acordo com Resolução 466/12 – Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos – do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer de número 1.721.248 (anexo 01). Os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e sua participação se deu após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, orientados ainda, que sua participação poderia ser interrompida a qualquer instante sem nenhum prejuízo.

A ética é um dos princípios do processo de pesquisa que demanda do pesquisador respeito e proteção aos seres humanos envolvidos na investigação. Portanto, este estudo segue o proposto nas diretrizes estabelecidas pela resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Destaca-se que a participação da pesquisa não teve nenhum custo, nem se recebeu qualquer vantagem financeira. Além disso, os participantes da pesquisa receberam o termo de consentimento livre que os deixavam cientes das questões éticas do estudo e aceitaram participar voluntariamente da pesquisa.



## 4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo apresentará os resultados obtidos a partir das leituras e recortes de trechos de falas das entrevistas realizadas num CAPS I do Médio Vale do Itajaí e, posteriormente, as discussões acerca disso.

Notou-se, após a exploração do material, a formação de dois núcleos temáticos, uma vez que esses assuntos permearam a maior parte das entrevistas. Este fato implicou na estruturação das seguintes categorias: (i) produção do cuidado no CAPS e suas estratégias: esta categoria tratou da importância de pensar no cuidado de modo a não se restringir apenas a dimensão das drogas, devendo ser construído de maneira a dar suporte em todas as dimensões de vida desse usuário; e (ii) fragilidades do trabalho em rede e seus implicantes na produção do cuidado: esta categoria tratou acerca das principais potencialidades e fragilidades do trabalho em rede.

### 4.1. CATEGORIA 1: PRODUÇÃO DE CUIDADO NO CAPS E SUAS ESTRATÉGIAS

Para que se possa cuidar é preciso entender quais são os significados atribuídos para aquela condição a qual se deseja acompanhar. O cuidado a usuários de álcool e outras drogas traz uma amplitude de significados, logo, saber como essa equipe entende a dependência química é fundamental para compreendermos o modo esse como usuário será reconhecido dentro do CAPS, diante da percepção dos profissionais,

Segundo, Edwards (1999) a dependência é uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância. Essa afirmativa vai ao encontro às falas da equipe do CAPS:

*[...]“É um problema de saúde, eu acho que demorou em ser entendido como um problema de saúde, eu acho que a gente ainda tem muito que andar em termos científicos, em termos técnicos para dar conta dessa população. Eu acho que a gente ainda tem muito que caminhar, mas eu vejo o problema de saúde mental que muitas vezes não vem sozinho, na maioria das situações tem a ver com a vida concreta dos sujeitos, tem haver com o sofrimento, tem a ver com o adoecimento*

*psíquico. E aí a forma que muitas vezes se encontrar para lidar com tal situação é pelo abuso de substâncias.” (E3).*

*[...]“Eu vejo que a dependência química... está correlacionado ao contexto desse sujeito. Então não é uma questão de ser sem vergonha... é um sintoma que requer um olhar para o sujeito, para a história do sujeito, para o sofrimento psíquico [...]” (E5)*

De acordo com Cruz (2006) e Seibel & Toscano (2000), a dependência química caracterizado essencialmente por ser um fenômeno constituído nas inúmeras interfaces e articulações entre variáveis biológicas, farmacológicas, psicológicas, socioculturais, políticas, econômicas e antropológicas, a dependência de álcool e outras drogas se configura como uma complexidade que inviabiliza qualquer tentativa de explicação reducionista, que desconsidere suas múltiplas determinações.

O usuário pode acessar o CAPS de diversas maneiras, por demanda espontânea, a partir de encaminhamentos de serviços de saúde, que vão desde a atenção básica a serviços hospitalares, como também por encaminhamentos de escolas, igrejas e outras instituições. No CAPS pesquisado funciona do mesmo modo, quando o usuário chega ao serviço é realizado o primeiro atendimento, chamado de acolhimento inicial. Neste sentido, a prática do acolhimento que se refere a uma maneira de escuta das pessoas que estão em sofrimento sobre a qual os pacientes podem ressignificar seus sintomas e sofrimentos. Além disso, o acolhimento é considerado um dos dispositivos fundamentais das práticas de saúde mental (LANCETTI; AMARANTE, 2012).

Este primeiro atendimento pode ser realizado por qualquer um dos membros da equipe, o recomendado é que se tenha um profissional em escala de plantão para realizar essa escuta inicial; entretanto devido a uma equipe reduzida, não há em todos os momentos um profissional disponível para esse fim, como expõe a entrevistada.

*[...]“Na questão de álcool e drogas a gente tem a demanda espontânea, e neste momento, por uma questão de fragilidade da equipe a gente não tem profissional de plantão no período integral para acolhimento, então muitas vezes o usuário vem com essa demanda, e a gente combina dele voltar num outro momento, agendado” [...] (E1).*

O acolhimento constitui um momento onde se oferta uma escuta qualificada e direcionada para além da demanda apresentada pelo usuário e na disponibilidade em aumentar a proximidade ao longo do processo. Os serviços devem desenvolver estratégias de acolhimento em todas as fases do processo de cuidado e não apenas nos momentos de crise ou de ingresso dos usuários nos serviços, pois o acolhimento proporciona espaços de trocas, escuta, manifestação de desejos e necessidades, esse acolhimento também deve ser estendido aos familiares dos usuários. (FRANCO, 1999).

Segundo Franco et al (1999), o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, comprometendo-se com suas demandas; e (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

Na realidade do CAPS o acolhimento inicial é um momento precursor da construção do Plano Terapêutico Singular (PTS), onde serão propostas atividades das quais o usuário participará, se estendendo não somente para o serviço como também para o território. O PTS é um instrumento dinâmico e deverá ser constantemente reavaliado, levando-se em consideração as demandas do usuário e família, bem como as proposições da equipe.

*“Então nesse momento é realizada toda a escuta, avaliação daquele momento, a escuta da história de vida que demandou, outros tratamentos prévios, e uma avaliação de risco também. Aí a gente pensa com ele, as atividades que ele pode estar fazendo, e ver também se tem a indicação de algum acompanhamento individualizado, seja com o médico, com psicólogo ou com outro profissional da equipe e aí são feitos esses acordos com usuário, que eu acho que a gente tem uma boa adesão de modo geral” [...] E3.*

O encaminhamento dos usuários para a participação nas atividades realizadas na unidade deverão ser acordados em reunião de equipe para dar respostas efetivas às necessidades advindas das demandas dos usuários. (FLORIANOPOLIS, 2015). Observou-se nas

entrevistas que a equipe realiza semanalmente reuniões onde são discutidos os casos novos, repensados os casos antigos, de modo a adequar o cuidado ao usuário de acordo com o momento e necessidades.

Uma das dificuldades apontadas no tocante ao cuidado do usuário de álcool e outras drogas, está ligado ao modo como são direcionadas as atividades a esse público, pois como abordado anteriormente, o CAPS I atende usuários com transtorno mental severo e/ou persistente e usuários de álcool e outras drogas, logo, na unidade as atividades terapêuticas são divididas em grupos distintos (usuários de álcool e outras drogas e outros transtornos mentais), desse modo o trânsito dos usuários se limita a grupos exclusivos de dependentes químicos. Aparece de maneira tímida em algumas falas uma divisão entre a equipe, onde alguns membros se posicionam favoráveis a inclusão de usuários de álcool e outras drogas em todas as atividades e, também apontadas pelos profissionais, um grupo mais tradicional/conservadorista que aponta que esse sujeito deve participar apenas das atividades que versem sobre a temática de álcool e outras drogas.

*[...] “a gente tenta não fazer essa distinção, mas em termos de organização de grupos por enquanto gente ainda tem alguma dificuldade na inserção desse usuário em todas as atividades. A gente acaba muitas vezes restringindo os grupos voltados específicos para essa população. E a gente tem dois momentos, de grupo, apenas na semana, específicos para essa população. Então eu acho que nesse sentido a gente precisa qualificar. Isso requer realmente, o comprometimento da equipe, que a gente se disponha ao olhar para essa população entender que não dá pra restringir apenas a esses dois momentos de grupo. Atualmente ainda acontece que os usuários fiquem apenas nesse grupo embora, temos alguns ensaios no sentido de envolver os usuários de álcool e drogas em outras atividades.” E2.*

Observou-se no discurso uma idealização da atenção psicossocial, porém as práticas que precisariam ser transformadoras nesta perspectiva, não acontecem, pois dentro da própria equipe há uma dicotomia entre os profissionais na distinção dos grupos de usuários: a-

usuários de álcool e outras drogas e; b- transtornos mentais severos ou persistentes, sendo que alguns membros caracterizam o grupo “A” como um problema de menor relevância, uma vez que poderia interromper o ciclo do problema/doença, diferente de usuários com diagnóstico de esquizofrenia, por exemplo.

Quando os profissionais de uma mesma equipe apresentam concepções distintas, pode ocorrer conflito entre orientações e impedimentos para a prática, com prejuízo para as ações terapêuticas e para os usuários, desse modo há necessidade de diálogo e compartilhamentos de saberes entre os membros da equipe, buscando a construção de um padrão coerente de cuidado. (FILIZOLA, 2008)

MILHOMEM e OLIVEIRA (2009) afirmam que o trabalho em CAPS requer competência para ser transformador, tanto nas dimensões técnicas do cuidado físico e psíquico, como na tomada de responsabilidade, fundamento de serviços territoriais de atenção psicossocial.

Atualmente, o CAPS em questão tem dois grupos voltados, especificamente, para a população de usuários de álcool e outras drogas que acontecem as segundas e quintas-feiras, o Grupo de Redução de Danos e Cidadania, com a proposta de um olhar integral, voltado para as potencialidades de melhora desse usuário com vistas à redução de danos, uma vez que o foco da atividade não está, apenas, na dependência química, e sim no modo como usuário pode lidar com seus conflitos pessoais e entender como esses fatores interferem e cooperam no uso abusivo de substâncias psicoativas.

*“Eu acho que o grupo de redução de danos funciona, eu acho até que eles precisam desse grupo até porque é uma demanda do próprio paciente das buscas, mas eu acho que à medida que a gente consegue identificar que o paciente tem outras demandas internas, ele pode ser colocado nos outros grupos de atendimento. O que não acontece com uma frequência relativa, até porque os outros grupos também estão bem cheios de pacientes, então às vezes a gente poderia vincular os pacientes em outros grupos, mas não consegue por falta de espaço, mas eu acho que deveria.” (E8).*

*“Eu acredito que está bem fragilizado, porque a nossa demanda aumentou. E hoje pra nossa*

*realidade qual é o certo que a gente tem atendimento individual, atendimento com a psicologia, atendimento com o médico e atendimento no grupo. Pensando na questão da dependência química, hoje só tem dois grupos.”* (E3).

Nesse sentido, as atividades do grupo de redução de danos seguem o modelo de intervenções trazidas no Guia Estratégico de Cuidado em Álcool e Outras Drogas, 2015, que se baseia em: trabalhar com as habilidades pessoais no manejo de soluções de problemas, manejo das emoções e assertividade; informações relacionadas com o uso de substâncias que envolvem atitudes, expectativas normativas – sociais, influência da mídia e dos meios de comunicação, resiliência.

A tecnologia de grupo de apoio é um instrumento que vem sendo amplamente usado por profissionais da saúde no cuidado a usuários de álcool e outras drogas, pois possibilita um momento onde é possível aliviar os sentimentos de solidão e isolamento social com a troca de experiências e reflexão, pois os usuários encontram um ambiente onde serão compreendidos e poderão compartilhar experiências. (ALVAREZ et AL, 2012). Entretanto ao pensarmos na reabilitação psicossocial o cuidado baseado, apenas, em atendimento individual ou em grupo, não é o suficiente para alcançar esse objetivo, reforçando a necessidade de um cuidado com base no território, onde o usuário seja capaz de resgatar seus vínculos.

Ao pensarmos em um modelo de cuidado que restringe o usuário há um ambiente de saúde, tais ações podem trazer um resultado benéfico em curto prazo, tanto para o usuário, quanto para equipe, todavia ao pensarmos na continuidade, o somatório dessas ações pode levar a um processo de frustração, uma vez que o usuário deve ser o protagonista de seu cuidado e o serviço deve atuar como fortalecedor de novas atitudes de vida, no qual o vínculo é encarado como estratégia primando autonomia. (BRASIL, 2015). É importante pensar no cuidado de modo que não se restrinja à dimensão das drogas, devendo ser construído de maneira a dar suporte em todas as dimensões de vida desse usuário.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, os Caps-ad precisam trabalhar na perspectiva da redução de danos (RD). Nesta perspectiva precisam elaborar projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, adequados às necessidades de cada usuário. Têm como

objetivo prestar atendimento diário aos seus usuários; gerenciar casos, oferecendo cuidados personalizados; oferecer condições para repouso e desintoxicação ambulatorial; promover ações que envolvam trabalho, cultura, lazer etc.; oferecer cuidados aos familiares dos usuários e trabalhar a diminuição do estigma e do preconceito em relação aos usuários de substâncias psicoativas, através de atividades preventivas e educativas na comunidade (BRASIL, 2003).

#### 4.2. CATEGORIA 2: FRAGILIDADES DO TRABALHO EM REDE E SEUS IMPLICANTES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Essa categoria discorre acerca das principais potencialidade e fragilidades do trabalho em rede, elencadas a partir dos relatos da equipe, no processo de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas com vistas à reabilitação psicossocial.

Uma rede de atenção psicossocial estruturada, ou seja, que siga as proposições da portaria 3.088, é de fundamental importância no processo de inclusão do usuário e conseqüente alcance do objetivo primordial da reforma psiquiátrica: o emponderamento e resgate da cidadania do indivíduo com sofrimento psíquico, pois ao pensarmos nessa lógica, é relevante considerar que se espera a estruturação de uma rede coesa e interligada, uma vez que esta articulação rompe com o conceito de centralidade de cuidados. Para Milhomem & Oliveira (2009), a rede de atenção e o acesso aos serviços são imprescindíveis para a construção da atenção psicossocial, pois quanto mais disponível e acessível essa rede se apresentar, num determinado território, mais potência terá para construir relações vinculativas e eficazes.

Para tanto, a Política Nacional de Saúde Mental, através da Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, priorizou consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária e territorial. Buscou-se a ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a fim de garantir a livre circulação desses usuários pelos diversos serviços, comunidade e cidade.

Uma das grandes angústias da equipe, e assunto que surgiu em todas as entrevistas, se refere à maneira como se dá a articulação do CAPS com o demais serviço da RAPS, que em linhas gerais foi considerado insuficiente e, muitas vezes, respondendo a lógica de encaminhamentos, ainda que os profissionais apontem que uma rede de

cuidados integrada é de fundamental importância para a consolidação do cuidado. Expondo-se assim a fragilidade da rede de saúde mental no município, o que dificulta o cuidado integral com base nas necessidades de cada usuário.

Entender como se dá articulação entre o dispositivo ordenador da rede de atenção a saúde mental, para com os dispositivos estratégicos para essa consolidação (rede de cuidado), torna-se importante, pois há o compromisso de um processo que oferece mecanismos de empoderamento ao usuário, por meio de ações que busquem desenvolver e resgatar a autonomia desse sujeito. (CHIAVAGATTI, *et all*, 2012)

*“[...] a articulação que é feita ainda é no sentido de “encaminho ou não encaminhado”. Não se tem nada no sentido de dizer “a vamos fazer um com um cuidado compartilhado”, não tem nenhum grupo nas outras unidades de saúde que eu possa inserir esse usuário, isso ainda não existe. Se ele é usuário de álcool e drogas, pecado e ponto final. Único local que se tem é o CAPS, ou alguns usuários procuram os alcoólicos anônimos, esse tipo de grupo assim. São serviços e independentes, são serviços que não se comunicam, não temos nenhum tipo de parceria nesse sentido.” (E6).*

*“[...] muito frágil, bem fragilizado mesmo. Eu não sei de que jeito teria que ser a articulação, de qual maneira, mas teria que ser melhor. Explicar melhor essas relações, eu não consigo ver uma rede ser articulada, que pensa nos casos em conjunto, ainda está muito fragmentado, e a saúde mental está em segundo plano.” (E4).*

*“[...] mas eu percebo isso com certa dificuldade, porque a tendência da rede é assim... “Ah se é paciente do CAPS tratem vocês”, então é muito mais difícil, até porque às vezes o paciente, o dependente químico, gera uma transferência difícil na equipe, e aí eu vejo uma dificuldade da rede em acolher esse paciente. O paciente do CAPS não pode enfartar, o paciente do CAPS não pode ter um AVC, o paciente do CAPS não pode ter úlcera. Então... Vai ser tudo*

*em função da dependência química e cuidado se baseia no CAPS [...].” (E2).*

O fortalecimento da adoção do trabalho em rede contribui para ideia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, pois, adota o território como estratégia, desse modo, assumindo a responsabilidade da atenção à saúde nesse espaço, valorizando o saber das pessoas que o constituem, baseando a terapêutica na contratualidade, no cuidado e no acolhimento. (BRÊDA, *et all*, 2005). Esse novo modelo de cuidar, como base territorial, exige dos profissionais de saúde o questionamento das práticas tradicionais a fim de garantir uma constante superação de desafios do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas.

O conhecimento dos problemas e do próprio contexto da comunidade pode trazer benefícios no processo de cuidar, e ser um referencial para todos os trabalhadores de saúde em suas práticas diárias. A distância física ou simbólica do território por parte de alguns sujeitos delinea uma prática medicalizante e congelada da vida social (VALLA; GUIMARÃES; LACERDA, 2005). Ao pensarmos no território como característica do cuidado em saúde mental, mostra-se fundamental que as equipes que integram esse campo estavam caminhando em um sentido único, ou seja, com foco nos usuários e suas singularidades em contrapondo à fragmentação do sujeito.

Existe um movimento na equipe em estreitar a relação com a Atenção Básica a fim de garantir a continuidade do cuidado, no território, prestado ao usuário de álcool e de saberes permite reconhecer e elaborar estratégias mais eficazes na manutenção do cuidado. Formulado por Gastão Wagner Campos, o processo de matricular integra os serviços de saúde e atenção básica, numa estrutura colaborativa. (BRASIL, 2011).

Para a atenção básica, o matriciamento em saúde mental realizado pelo CAPS proporciona aos profissionais de saúde um suporte técnico, permitindo que as equipes consigam diferenciar os casos que são da atenção básica e os casos do CAPS, com o intuito de excluir a lógica dos encaminhamentos, no sentido de haver uma maior responsabilidade e resolutividade da demanda de saúde mental nessas unidades. (BEZERRA & DIMESTEIN, 2008.). O matriciamento garante a co-responsabilidade pelo projeto terapêutico mesmo quando há encaminhamento dos casos para outros serviços

Entretanto, esse movimento de aproximação do CAPS com a atenção básica é insuficiente, pois se percebem ainda uma tênue linha de

hegemonia de poder nas relações intersetoriais, como expõe o entrevistado:

*“[...] nós estamos tentando fazer o matriciamento, mas também é sempre uma barreira, por vezes escutamos das equipes que recebem o matriciamento, “Vocês estão vindo aqui, em um outro serviço, pra ensinar a gente a trabalhar?”, eu ouço isso muitos profissionais que vão fazer os matriciamentos. E às vezes a equipe que está recebendo o matriciamento não dá abertura para discutir, no sentido compartilhar algum cuidado.”* (E6).

Devido à proximidade da atenção básica com a comunidade e suas famílias descritas, essas equipes deparam-se, cotidianamente, com problemas de saúde mental, sendo um recurso estratégico para o enfrentamento de problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2007). Torna-se de extrema importância que as equipes de CAPS mantenham um movimento de sensibilização no quem tange o matriciamento, pois a atenção básica é o elo com serviços especializados no município.

Como o papel de atuação do CAPS não se restringe apenas a sua estrutura física, com frequência é realizada a busca ativa, seja de usuários novos ou usuários que por algum motivo abandonaram o acompanhamento. Dessa maneira, na existência de atendimentos domiciliares com o intuito de busca ativa, é também acionada a equipe da Estratégia de Saúde da Família da qual faz parte o usuário, de modo a fortalecer as potencialidades da atenção básica no cuidado ao usuário em seu território, mesmo estando este num primeiro momento vinculado ao CAPS.

*“[...] Se a gente vai pra comunidade fazer buscar ativa, a gente chama a unidade de saúde para que eles sigam junto, para que eles identifiquem no território deles aquele paciente, para que eles entendam também que é um paciente que precisa de cuidado. Não só a gente tomar conta daquele paciente, porque ele faz parte de um meio, faz parte de um ambiente [...]”*E7.

No contexto das entrevistas foi possível evidenciar que a equipe do CAPS sente-se como a única responsável em promover a articulação

do seu serviço para com os demais componentes da rede, embora entendam e anseiam, por uma realidade onde exista o contra ponto, uma mão dupla, pois não há como um único serviço gerenciar todas as ações em rede, pois cada realidade – território – demanda de ações específicas para o público assistido. É imprescindível para um cuidado integral que aconteçam debates que favoreçam o fortalecimento e articulação das redes de saúde, nesse sentido, o desenvolvimento de ações intersetoriais surge como uma forma de co-responsabilização entre equipe e população.

Apesar do papel estratégico dos CAPS na atenção à saúde mental é importante salientar que devemos pensar na lógica de redes de cuidado, sendo que essa se abre para além RAPS, pois esse processo de construção nos mostra que o cuidado baseado em teorias e modelos prontos, se torna insuficiente frente à complexidade das demandas diárias e singularidades na atenção ao usuário. Em alguns casos existe uma limitação ao elaborar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), uma vez que há uma tendência em elencar ações vinculadas, apenas, aos setores de saúde. Todavia, é sabido que a produção de saúde e seu cuidado estão, intimamente, ligados a outras esferas, tais como, educação, lazer, esporte, cultura e entre outros.

O PTS é um importante dispositivo de trabalho, uma vez que pode materializar e concretizar o conjunto de diretrizes, propostas pelo Ministério da Saúde, no que concerne o cuidado em saúde mental, assegurando aos usuários um contexto assistencial que seja capaz de promover a qualidade de vida, com uma aproximação real do sujeito, a fim de que se compreenda a subjetividade dentro de seu contexto social, refletindo as demandas e necessidades em saúde. (GIRARDI, 2015).

O Estado de Santa Catarina lançou no ano de 2015 um documento que pretende subsidiar a partir da clínica e do processo de trabalho, as ações das equipes nos diversos componentes da RAPS - Saúde mental, álcool e outras drogas: diretrizes para o cuidado em Santa Catarina, este documento busca ainda, sistematizar e orientar a oferta de atenção integral às pessoas em sofrimento psíquico, pautada nos pressupostos da política Nacional de Saúde Mental.

Este documento ressalta a importância de um PTS que respeite a subjetividade e singularidade do usuário, e que seja pensado de modo a incluir atividade dentro e fora na unidade, ultrapassando o espaço físico do próprio serviço, segundo as demandas do usuário. A construção do PTS envolve a equipe, o usuário e sua família, abrangendo e acolhendo seus saberes e os recursos do território (FLORIANÓPOLIS, 2015).

A política de saúde mental brasileira considera os CAPS como dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. O território deve ser o espaço de atitude e ação. Entende-se que a atuação com base territorial inclui a geografia do convívio social (família, escola, trabalho, igreja, entidades, etc.) dos usuários e deve favorecer o resgate das potencialidades nos recursos comunitários circunscritos, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental (BRASIL, 2003).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta pesquisa trabalhou-se a compreensão da percepção dos profissionais de saúde a respeito da estruturação do cuidado integral a usuários de álcool e outras drogas em um CAPS I, para tanto, foi realizada uma breve contextualização histórica e social da institucionalização da loucura, assim como a Reforma Psiquiátrica no Brasil, para então compreender esse novo caminho de lidar com o usuário e tudo que está ligado diretamente e indiretamente à prática do cuidado integral e a esse modelo de atenção psicossocial.

De maneira geral, o funcionamento dos CAPS são influenciados por inúmeros fatores, desde as características de território onde estão inseridos, as características da comunidade, a formação e qualificação da equipe de profissionais, responsáveis e comprometidos com este CAPS, além dos recursos disponíveis na RAPS. Para que haja sucesso na prática do cuidado integral, além do desempenho da equipe, é imprescindível que o usuário e seus familiares sejam emponderados, comprometidos e conscientes das suas responsabilidades no tratamento.

Portanto, cada indivíduo apresenta suas particularidades, por este motivo, quando se trata de vidas humanas, é necessário lidar com as singularidades. O sujeito será visto e acompanhado levando-se em conta sua individualidade e características únicas, e não simplesmente com um modelo igual a ser seguido em todos os casos. Assim, na perspectiva da reabilitação psicossocial, as estratégias de cuidado se diferenciam a cada momento e também a reconstrução dos sujeitos em seu plano terapêutico.

No âmbito da equipe é importante que haja uma boa interação para o desenvolvimento de trocas de conhecimentos e construção de novas formas de cuidado para usuários de álcool e outras drogas, com vistas à reabilitação psicossocial. Essas ações devem ser pensadas na lógica da redução de danos planejando um cuidado com baixo nível de exigência, de modo que o usuário se perceba capaz de cumprir os acordos estabelecidos em seu PTS, sendo que essa trajetória permitirá que o sujeito, pouco a pouco, possa sustentar contratos mais exigentes e duradouros.

Ao considerar a prática do cuidado integral, cabe ressaltar que a família é um fator fundamental, entretanto essa vertente não surgiu no contexto das entrevistas, embora aconteça no CAPS um grupo destinado às famílias dos usuários do serviço. Por isso, acompanhar a família é um importante recurso na reabilitação do usuário, contribuindo para resultados positivos, minimizando os prejuízos que ocorrem tanto na

vida do usuário de drogas, quanto na vida da sua família e da sociedade em que vive.

A produção do cuidado com eixo na integralidade demanda atitudes e participação de todos os sujeitos envolvidos no processo, prezando a interdisciplinaridade da equipe e o contato com todos os atores envolvidos. Para tanto, o CAPS é o espaço para que estas relações sejam conformadas e construídas a partir dos encontros, acessos, intervenções e ações realizadas, uma vez que são observados avanços no modelo de atenção psicossocial em que se buscam caminhos para o cuidado integral.

Diante do objetivo inicial, onde se pretendeu compreender a percepção acerca do cuidado, é importante ressaltar que nas falas dos entrevistados apareceu de maneira discreta sobre o cuidado em si, sendo que a equipe abordou com mais intensidade os fatores limitantes para que esse cuidado aconteça, de fato, de maneira integral. Organizar um serviço que opere em rede, e obedeça à lógica do território, de acordo com os profissionais de saúde é primordial, principalmente, quando o cuidado é direcionado para o usuário de álcool e outras drogas.

Como já colocado anteriormente, nas entrevistas a equipe se mostrou angustiada ao abordarem a questão da articulação do serviço com a atenção básica, entretanto, mesmo com ensaios de aproximação, tem-se um distanciamento real de relações que implica diretamente no modo de conduzir o cuidado. Fica evidente, a partir dos relatos, que na organização da rede de saúde mental no município, as relações desses dois serviços aparecem mais como princípio de um modelo a ser seguido, com uma disjunção entre o conhecimento adquirido e a possibilidade de aplicação na rotina diária.

Frente a isto nota-se a relevância da realização de novos estudos acerca da complexidade de se trabalhar em um CAPS I, que se dá devido à diversidade de clínicas atendidas neste serviço e, para tanto, é preciso um fortalecimento de ações interdisciplinares bem como ações pautadas e articuladas em redes inter e intra-setoriais. Assim, cada profissional envolvido neste processo terá um importante papel cabendo à gestão incentivar e implementar as políticas em saúde existentes.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR, L. R. & PILLON, S. C. Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 13, 790-797. 2005

AMADO, L. M.. A Luta Antimanicomial: Histórias e Desafios. **Ayvu: Rev. Psicol.**, v. 01, n. 02, p. 145-155, 2015.

AMARANTE, P. D. C. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências Sociais, Saúde, Manguinhos**, I (1): 61-77, jul-out., 1994.

\_\_\_\_\_. **Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1998.

\_\_\_\_\_. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2008.

AMARANTE, Paulo D. de C.; TORRE, E. H. de C. A Constituição de Novas Práticas no Campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001

American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV). Porto Alegre: ARTMED; 1994.

ANDREOLI, S. B. Serviços de saúde mental no Brasil. In: **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**/ Marcelo Feijó de Mello, Andrea de Abreu Feijó de Mello, Robert Kohn. Porto Alegre: Artmed, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.6, n. 1, p. 63-72, 2001.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. **Inclusão social de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes**. Rio de

Janeiro, n. 15, Cad. IPUB, p.215-222, 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p

BEZERRA E., DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão** 2008, 28(3):1

BIRMAN, J. “Psiquiatria e sociedade”. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 31 (4): 237-46, 1982. BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº224/MS de 29 de janeiro de 1992. Disponível em:

<[http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA\\_224.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/saude-mental/PORTARIA_224.pdf)> Acesso em: 10 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/LEIS_2001/L10216.htm)> Acesso em: 10 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 10 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional DST/AIDS. Brasília. 2003

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas

Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 384/MS de 05 de julho de 2005**. Disponível em:

<<http://www.mprn.mp.br/portal/inicio/saude/saude-material-de-apoio/legislacao/saudelegislacaoredes-de-saude/1662-saude-mental-portaria-no-384-de-05-de-julho-de-2005/file>> Acesso em: 12 jun 2016

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

\_\_\_\_\_. A Prevenção do Uso de Drogas e a Terapia Comunitária. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2008

BRASIL. Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.

BRASIL. Lei nº 11.754, de 23 de julho de 2008.

BRÊDA, M.Z.; ROSA, W.A.G.; PEREIRA, M.A.O.; SCATENA, M.C.M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2005 maio- junho; 13(3):450-2.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.

\_\_\_\_\_, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1982

CARRANZA, D. V. V. & PEDRÃO, L. J. Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas em el ambiente familiar durante la fase de tratamiento em um instituto de salud menta.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, 2004.

CHIAVAGATTI, Fabieli Gopinger et al . Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 1, p. 11-17, 2012 .

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 9 –14. Apresentação do livro.

DEL'ACQUA, G. et al. Responding to Crisis, for Mental Health. Trieste: Cooperativa II Posto delle Fragole, 1987, *apud* ROTELLI, Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil. In. BEZERRA, B. & AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria sem Hospício**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

DELGADO, P. G. O SUS e a Lei 10.216: Reforma Psiquiátrica e Inclusão Social. Em **“Saúde Mental e Qualidade de vida”**. Loyola, C. e Macedo, P. Organizadores. Edições CUCA/UPUB, Rio de Janeiro, 2002.

DENIKER, P. Discovery of the clinical use of neuroleptics. In : Parnham M, Bruinvels J, **Discoveries in Pharmacology** Vol 1 (pp. 163±180) Amsterdam: Elsevier Press. 1983

DESVIAT, M. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. 167 p.

EDWARDS, G. A síndrome de dependência do álcool. In: Edwards G. **O tratamento do alcoolismo**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

FERREIRA, P. S., & LUIS, M. A. V. Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e drogas. **Texto e Contexto de Enfermagem**, 13, 2004, 209-216.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1964.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. Integralidade na Assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E.; et al. (Org.) **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 125-133

GELBCKE, F. L., & Padilha, M. I. C. S. (2004). O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde. **Texto e Contexto de Enfermagem**, 13, 272-279.

GIRARDI S. C. Projeto terapêutico singular no CAPS. **II Curso de Especialista em saúde mental, álcool e outras drogas**. Brasília, 2015.

GOMES, M.C.P.A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v.9, n.17, p.287-301, mai/ago.; 9(17). 2005

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978. GUIMARÃES, N.A.; FOGAÇA, M.M.; BORBA, L.O.; PAES, M.R.; LAROCCA, L.M.; MAFTUM,

O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal Brasileira (1953-2001). **Texto Contexto Enferm**. 2010;19(2):274-82.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando a dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro:

CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 37-56.

LACERDA, A.; VALLA, V.V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro (RJ): CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006. p. 91-102.

LESSA, M. B. M. F. **Os paradoxos da existência na história do uso das drogas**. [online] Disponível em: URL: Internet,IFEN.me//C.WINDOWS/TEMP/existência e drogas 2003.nun> Acesso em 17 jul. 2016

LEITE, M. da C. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. 3ª edição. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2002.

MacRae, E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. In XIV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social, 2007, Rio de Janeiro. **Anais de resumos e de trabalhos completos do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO. (2007)** Rio de Janeiro, RJ: ABRAPSO. v. 1.

MAANEN, J. V. Reclaiming qualitative methods for organizational research: a preface, In: **Administrative Science Quartely**, vol. 24, nº 4, December 1979, pp. 520-526.

MARTINHAGO, F. Desinstitucionalização e a prática nos centros de atenção psicossocial (CAPS): A percepção dos profissionais de Santa Catarina. **Dissertação de mestrado**. Florianópolis, SC, 2011. 112 p.

\_\_\_\_\_, F; OLIVEIRA, W. F. A prática profissional nos Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS II), na perspectiva dos profissionais de saúde mental de Santa Catarina. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 583-594, out./dez. 2012.

MARTINS, E.R.C.; CORREA, A.K. Lidar com substâncias psicoativas: O significado para o trabalhador de enfermagem. **Rev Latino-Am. Enfermagem**. 2004 março-abril; 12:398-405.

MATTOS, R. A. Direito, Necessidades de Saúde e Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. p. 33-46.

\_\_\_\_\_, R. A. (Org.) **Construção social da demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005. P. 267-278.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo (SP): HUCITEC; 1997. p. 71-112.

\_\_\_\_\_, E.E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 305-14, 1999.

\_\_\_\_\_, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MESQUITA, F. Aids e drogas injetáveis. In A. Lancetti (Org.), **Saúde Loucura 3** (pp. 46-53). São Paulo: Ed. Hucitec. 1991.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. 14ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011. 80 p.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.

MILHOMEM, M.A.G.C.; OLIVEIRA, A.G.B. O trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial: um estudo em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**, 30(2), Porto Alegre (RS), jun. 2009, 272-9.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de

problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p.121-133, 2008.

MOREIRA, D. A. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. – 7. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014. 140 p. – (SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento / coordenação [da] 7. ed. Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni).

OCCHINI, M. & TEIXEIRA, M. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. **Estudos de Psicologia (Natal)**, 11, 2006, 229-236.

OLIVEIRA, W.F. A compreensão do fenômeno psíquico na modernidade ocidental e a prática da saúde mental social e higiênica no Brasil. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 160-165, jan./jun. 2012.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface - comunicação, saúde, educação**, 2002; 6(10):63-75.

OLIVEIRA, Y. A clínica terapêutica ocupacional com usuários de substâncias psicoativas: o desafio da práxis. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, vol. 19, núm. 4, 2006, pp. 229-233 Universidade de Fortaleza Fortaleza-Ceará, Brasil.

ONOCK-CAMPOS, R. T; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(5):1053-1062, mai, 2006.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PASSOS, E. H. & SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública:

construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, 23(1), 154-162. 2011.

PEREIRA, M. A. O. Psychosocial rehabilitation in mental health care: strategies under construction. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2007, vol.15, n.4, pp.658-664.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A.V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 julho-agosto; 12(4):676-82.

PINTO, A. G. Al. Produção do cuidado em saúde mental: significados e sentidos da prática clínica em centro de atenção psicossocial. **Dissertação de Mestrado** – Fortaleza, 2008.

PRATTA, E. M. M. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. *Abr-Jun 2009, Vol. 25 n. 2, pp. 203-211.*

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p.17-59.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. *Saúde Mental – CAPS*. 2011<sup>a</sup>. Disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=315&Itemid=163](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=315&Itemid=163)> Acesso em: 18 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. *Saúde mental, álcool e outras drogas: diretrizes para o cuidado no Estado de Santa Catarina*. Florianópolis, 2015.

SAUPE, R. **Educação em enfermagem**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1998.

SCHNEIDER, D. R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(3), 2010, 687-698.

SCHNEIDER, D. R. & LIMA, D. S. Implicações dos modelos de

atenção à dependência de álcool.

**Psico**, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 2, pp. 168-178, abr./jun. 2011

SCHRAIBER L. B. Ciência, trabalho e trabalhador em saúde: contribuição de Ricardo Bruno Gonçalves para a compreensão da articulação entre saber, prática e recursos humanos. **Divulgação Saúde Debate**, 1996; (14):7-9.

SEIBEL, S.D. & TOSCANO, Jr, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu. 2000

SOTELO, J. M. Lineamentos generales de La reestructuración psiquiátrica em America Latina. **Atas do II Congresso Ibero-Americano de Psiquiatria**, México, set. 1990.

VALLA, V. V.; GUIMARÃES, M. B.; LACERDA, A. A qualidade do cuidado na convivência com pobres: o trabalho dos pastores e dos agentes comunitários de saúde. In: PINHEIRO, R.; Mattos RA, organizadores. **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2005. p. 267-78.

VARENNE, G. **El abuso de las drogas**. Madrid (Es): Ed. Guanabara; 1973.

VIEIRA FILHO, N.G.; NÓBREGA, S.M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Est. Psicol.** (Natal), v.9, n.2, p.373-9, 2004.

WHO Library Cataloguing-in-Publication. Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoativas: resumo. **Organização Mundial da Saúde**, 2004.

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Vol 1, no1, jan-abr. 2009. Disponível em: <  
[http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/11\\_Silvio\\_Yasui.pdf](http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/11_Silvio_Yasui.pdf)> Acesso em: 06 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. **A construção da reforma psiquiátrica e o seu contexto**

**histórico.** 1999. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis. 1999.



## ANEXO 01

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE CAPS I ACERCA DO CUIDADO EM SAÚDE AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

**Pesquisador:** Lucio José Botelho

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 57496016.0.0000.0121

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.721.248

**Apresentação do Projeto:**

O presente projeto intitulado, "A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE CAPS I ACERCA DO CUIDADO EM SAÚDE AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E

OUTRAS DROGAS", está relacionado à qualificação do curso do Mestrado Profissional em Saúde Mental e Reabilitação Psicossocial, destinado a área de concentração 'Modelos, Políticas, Programas e Serviços para o Cuidado de Usuários de Álcool e Outras Drogas. A temática é voltada para o modo como as equipes de CAPS I abordam o tratamento ao usuário de álcool e outras drogas, tendo em vista a necessidade de uma prática efetiva de cuidados. O presente estudo tem como pergunta de pesquisa: Como os profissionais de saúde percebem a estruturação do cuidado integral em saúde a usuários de álcool e outras drogas em Centro de Atenção Psicossocial I? Em saúde mental o trabalho se estrutura por meio de diversas áreas e saberes profissionais. Assim, entender como essa equipe, de saberes distintos, aborda a questão do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas de forma não fragmentada se torna uma questão latente nesse estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar a percepção dos profissionais de um CAPS I quanto ao cuidado em saúde a usuários de

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

**Bairro:** Trindade

**CEP:** 88.040-400

**UF:** SC

**Município:** FLORIANOPOLIS

**Telefone:** (48)3721-6094

**E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.721.248

álcool e outras drogas.

Objetivo Secundário:

- a) conhecer as concepções da equipe de saúde sobre dependência química;
- b) identificar as estratégias de cuidado a saúde de indivíduos usuários de álcool e outras drogas e;
- c) identificar os elementos facilitadores e complicadores no cuidado ao usuário de álcool e outras drogas em nível de CAPS I a partir dos relatos da equipe.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A presente pesquisa envolve riscos mínimos, como o entrevistado se sentir desconfortável em responder as perguntas da entrevista ou com a duração da entrevista, podendo a qualquer instante interromper sem prejuízo algum.

Benefícios:

Visa contribuir com o processo de trabalho das equipes de saúde que prestam cuidado a usuários de álcool e outras drogas e afins.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa apresenta fundamentação bibliográfica, clareza em seus objetivos e uma vez obtidos os dados conclusivos proporcionará aos pesquisadores meios para se formular a construção de estratégias que contribuam nos trabalhos desenvolvidos pelas equipes de saúde que prestam cuidado a usuários de álcool e outras drogas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos de acordo com as solicitações do CEPESH.

**Recomendações:**

Não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram satisfeitas todas as solicitações de forma pontual no TCLE, não havendo inadequações, ou impedimentos a realização da pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.721.248

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_749498.pdf	11/08/2016 10:48:07		Aceito
Outros	resposta_oficial_ao_comite.docx	11/08/2016 10:46:32	Lucio José Botelho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCorrigio.docx	11/08/2016 10:38:14	Lucio José Botelho	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	01/07/2016 16:03:27	Lucio José Botelho	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	29/06/2016 10:20:16	Lucio José Botelho	Aceito
Outros	Roteiro_Entrevista.docx	29/06/2016 10:18:00	Lucio José Botelho	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_instituicao.pdf	29/06/2016 10:15:08	Lucio José Botelho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	29/06/2016 10:14:21	Lucio José Botelho	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FLORIANOPOLIS, 12 de Setembro de 2016

Assinado por:  
Washington Portela de Souza  
(Coordenador)

**Endereço:** Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401  
**Bairro:** Trindade **CEP:** 88.040-400  
**UF:** SC **Município:** FLORIANOPOLIS  
**Telefone:** (48)3721-6094 **E-mail:** cep.proposa@contato.ufsc.br

## APÊNDICE A

- Questões referentes à entrevista semi-estruturada:
  - 1) Qual a sua percepção sobre o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas em CAPS I
  - 2) Como você considera a adequação do serviço para o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

## APÊNDICE B



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E  
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL MESTRADO PROFISSIONAL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações Gerais

**Título do estudo:** A percepção dos profissionais de CAPS I acerca do cuidado em saúde ao usuário de álcool e outras drogas

**Pesquisador responsável:** Gabriela Romão dos Reis Silva

**Orientador da pesquisa:** Prof. Lucio José Botelho

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC – Centro de Ciências da Saúde – CCS

Prezado (a) Senhor (a):

- Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa de maneira voluntária.
- Antes de aceitar participar desta pesquisa é importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- Todas as suas dúvidas deverão ser esclarecidas pelo pesquisador antes que você aceite participar desta pesquisa.
- Para participar deste estudo você não terá nenhum custo e não receberá nenhuma vantagem financeira.
- Você poderá desistir da sua participação nesta pesquisa a qualquer momento sem nenhuma penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.
- Os pesquisadores se comprometem em cumprir a Resolução CNS n 466/12, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

- Você poderá solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento.

**Objetivo do estudo:** analisar a percepção dos profissionais de um CAPS I quanto ao cuidado em saúde a usuários de álcool e outras drogas.

**Justificativa do estudo:** A temática é voltada para o modo como as equipes de CAPS I abordam e trabalham o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, tendo em vista a necessidade de uma prática efetiva de cuidados no que concerne esse tema. O projeto visa estudar de que forma é conduzido esse tipo de cuidado, mediante a superação do modelo hospitalocêntrico e biomédico de cuidar; assim, poder-se-á contribuir com a discussão acerca das potencialidades e fragilidades desse novo modo de cuidar em saúde mental.

**Procedimentos:** Entrevista semiestruturada.

**Riscos:** A pesquisa prevê riscos mínimos, podendo o participante sentir-se desconfortável em relação a possível exposição de opiniões as quais podem ser motivos de possível constrangimento por outros profissionais, bem como do tempo de duração de entrevista; visando a minimização de riscos como este descrito, é que serão tomados todos cuidados necessários para manter o sigilo e anonimato. Embora o pesquisador não consiga identificar outros riscos, caso identificável, estes serão controlado. As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os participantes da pesquisa não serão identificados em nenhum momento do estudo, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados de qualquer forma. Os resultados da pesquisa estarão a sua disposição quando for finalizada. A identificação do seu nome ou qualquer material que identifique a sua participação não será divulgada sem a sua permissão. Este termo de consentimento está impresso em duas vias, sendo que uma via ficará de posse do pesquisador e a outra será fornecida a você.

Eu, \_\_\_\_\_  
fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Os pesquisadores garantem a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa. Declaro

que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

---

Nome	Assinatura do Participante	Data
------	----------------------------	------

---

Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
------	---------------------------	------

---

Gabriela Romão dos Reis Silva  
Pesquisadora responsável pelo projeto Telefone para  
contato: 47-9601-0157 / 47- 3384-0524  
e-mail: gabyh18@hotmail.com

**CEPSH - Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da  
Universidade Federal de Santa Catarina**, Prédio Reitoria II (Edifício  
Santa Clara), Rua Desembargador Vitor Lima, número 222, sala 401,  
Trindade - Florianópolis/SC, CEP 88040-400, no telefone (48) 3721-  
6094. - **E-mail:** [cep.propesq@contato.ufsc.br](mailto:cep.propesq@contato.ufsc.br)