



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Jeovane Gomes de Faria

RACIONALIDADES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DE
PROFISSIONAIS DE CAPSad:
Implicações para as práticas e cuidados no serviço

FLORIANÓPOLIS

2011

JEOVANE GOMES DE FARIA

**RACIONALIDADES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DE
PROFISSIONAIS DE CAPSad:
Implicações para as práticas e cuidados no serviço**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daniela Ribeiro Schneider

FLORIANÓPOLIS

2011

JEOVANE GOMES DE FARIA

**RACIONALIDADES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DE
PROFISSIONAIS DE CAPSad: Implicações para as práticas e
cuidados no serviço**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Florianópolis, 01 de abril de 2011.

Profª Drª Kátia Maheirie
Coordenador do PPGP/UFSC

Profª Drª Daniela Ribeiro Schneider
PPGP/UFSC - Orientadora

Prof. Dra Tânia Maris Grigolo
Ministério da Saúde - Examinadora

Profª Drª Maria Aparecida Crepaldi,
PPGP- UFSC – Examinadora

Prof. Dr. Marco Aurélio da Ros
PPGSP – (Saúde Pública) - Suplente

Prece

Salvai-me poesia
De ser um morto em vida
De ser um morto vestindo calças
Batendo o ponto
Pagando o banco
Arrastando meus cascos
Pelas super liquidações do nosso tempo

Salvai-me toda poesia
Dessa morte não percebida
De ser um morto andando por avenidas
Enterrado em ternos e obedientes abraços
Pensando o futuro
Achando que escolhe
Certo da espontaneidade de seus sonhos

Livrai-me poesia
De ser mais um morto sorrindo de seus carros
Apartado de seus motivos
Satisfeito com seus pacotes
Aceito nos círculos da vez
Esquecido de sua finitude
Certo de que a morte está em outro lugar

(Randolfo dos Santos Junior)

Dedicação

**À Fabi, fiel companheira
nessa trajetória permeada
por racionalidades nem
sempre coerentes.**

AGRADECIMENTOS

Aos participantes deste estudo, pelo consentimento e coragem de se exporem tão intimamente em suas racionalidades e contradições.

À Dani, minha orientadora e companheira, pela horizontalidade de nossa relação, sem a qual nosso caminho não seria tão bipolarmente fascinante.

Aos professores Roberto, Emílio e Ariane, por me acolherem no retorno à vida acadêmica.

Às professoras Carmen e Cida, por contribuírem teórica e metodologicamente nessa exploração, com suas colocações sempre assertivas e reflexivas.

Aos meus colegas de mestrado, pelas divergências e convergências que propiciaram incertezas dentro de certezas.

À dúvida, que cresceu ainda mais com este estudo, chamando-me para novas empreitadas na luta por um sistema que saúde que contemple uma atenção efetiva e integral, respeitando o indivíduo em suas individualidades e complexidades.

Faria, J. G. (2011). Racionalidades Teórico-Metodológicas de Profissionais de CAPSad: Implicações para as práticas e cuidados no serviço. Dissertação apresentada no Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

RESUMO

O modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas desenvolvido no CAPSad, contextualizado no âmbito das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, ainda está em fase de implementação, sendo constituído de diferentes racionalidades teórico-metodológicas entre os profissionais nele inseridos. O objetivo deste estudo foi compreender essas racionalidades e suas implicações para as práticas e cuidados do serviço e para o projeto terapêutico institucional. Constituiu-se em um estudo qualitativo exploratório-descritivo, com delineamento de estudo de caso. Os participantes foram dezesseis profissionais do CAPSad de uma cidade de médio porte de um estado do sul do Brasil. A coleta de dados realizou-se por meio da observação participante e de entrevistas semi-estruturadas. Os dados foram divididos e analisados a partir de oito categorias, sendo três emergentes das observações e cinco das entrevistas. Verificou-se um conjunto de contradições entre as trajetórias e as formações profissionais com as práticas e cuidados desenvolvidas dentro do CAPSad, apresentando intervenções ainda baseadas em um modelo biomédico e moral, com pouco engajamento por parte dos profissionais em relação ao serviço. Sugere-se uma supervisão clínico-institucional, a fim de reconstruir o serviço, com práticas mais efetivas de intervenção, de acordo com o que preconiza a política nacional nesta área.

Palavras-chave: Racionalidades; Saúde Mental; Drogadição; CAPSad.

Faria, J. G. (2011). Theoretical and Methodological rationalities of Professional CAPSad: Implications for practice and care at the service. Dissertation submitted to the Postgraduate Program in Psychology at the Federal University of Santa Catarina, Brazil.

ABSTRACT

The model of care to users of alcohol and other drugs developed in CAPSad, contextualized within the Psychiatric and Sanitary Reforms, is still in its implementation phase, consisting of different theoretical and methodological rationalities among professionals contained therein. The aim of this study was the comprehension of these rationalities and the implications for the service's practices and care and for the institutional therapeutic project. This study had a qualitative and exploratory-descriptive design under a case study delineation. The participants were sixteen professionals CAPSad of a midsize city in a state in southern Brazil. The data was collected with participating observation and semi-structured interviews. There was created eight categories (three from the observations and five from the interviews) in order to classify and analyze the data. There was presented several contradictions between the pathway and professionals training and the CAPSad's practice and care. The interventions were still based upon a biomedical and moral model with poor participations by the professionals. The suggestion is a clinical and institutional supervision in order to improve the service with a better intervention according to the governmental politics for this area.

Keywords: Rationalities; Mental health; Drug addiction; CAPSad.

SUMÁRIO

RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1. Racionalidades e Modelos de Análise do Fenômeno da Dependência de Álcool e Outras Drogas	15
2.2. Conceito de Saúde	20
2.3. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica	24
2.3.1. Reforma Sanitária	24
2.3.2. Reforma Psiquiátrica	30
2.4. A Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e o Papel dos CAPSad	35
2.5. Os profissionais e a Atenção em Saúde Mental	40
2.6. Equipe de CAPSad e Formação Profissional – Análise de dois estudos exploratórios	47
3 OBJETIVOS	50
3.1. Objetivo Geral	50
3.2. Objetivos Específicos	50
4 MÉTODO	51
4.1. Caracterização e Delineamento da Pesquisa	51
4.2. Campo de Pesquisa	51
4.3. Participantes	52
4.4. Instrumentos para a Coleta de Dados	52
4.5. Procedimentos de Coleta de Dados	53
4.6. Análise de Dados	53
4.7. Aspectos Éticos da Pesquisa	54
5 RESULTADOS	55
5.1. Caracterização dos Participantes	55
5.2. Descrição do Campo de Pesquisa	55
5.3. Categorias de Análise	56
5.3.1. Apresentação das categorias e subcategorias da observação participante	56
5.3.2. Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise das entrevistas	57
6 DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	61
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS	104

ANEXOS

Anexo 01 - Termo de consentimento livre e esclarecido	110
Anexo 02 - Autorização para realização da pesquisa	111
Anexo 03 - Roteiro de entrevista semi-estruturada	112

1. INTRODUÇÃO

Durante os últimos trinta anos vem ocorrendo no Brasil uma importante revisão do modelo de atenção em saúde mental, no qual se insere a assistência às pessoas com sofrimento psíquico decorrente do abuso de substâncias psicoativas. Com influências das Reformas Psiquiátricas Europeias (em especial italiana, inglesa e francesa) e do Movimento Sanitário, o movimento pró-reforma buscava aproximar o modelo assistencial às necessidades da população, questionando as práticas seculares empregadas até então, baseadas em um modelo repressivo, excludente e iatrogênico, isto é, voltado para o isolamento social e resultando na cronificação do portador de sofrimento psíquico. O modelo de atenção empregado e suas consequências tornaram insustentáveis tais práticas, tornando imprescindível a elaboração de uma nova política pública para a saúde mental e, concomitantemente, a estruturação de novos dispositivos de atenção, pautados na inclusão social e na clínica ampliada, que fossem incorporados à rede de apoio disponível, desde aos demais dispositivos de saúde até as iniciativas da sociedade civil, poder judiciário e outras secretarias de assistência.

No que se refere aos problemas decorrentes do abuso de substâncias psicoativas não havia, até o início deste século, política pública específica na área de saúde. A política governamental direcionava suas ações para a repressão ao tráfico de drogas e para a criminalização dos usuários, a partir do Ministério da Justiça, em um modelo que se mostrou oneroso aos cofres públicos, com resultados questionáveis quanto à diminuição do consumo. Diante desse contexto de negligência histórica por parte de governos e serviços públicos de diversos setores (principalmente na área da saúde) quanto à questão da drogadição, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a partir de 2002, também incorporou a organização da assistência aos usuários de álcool e/ou outras drogas.

No que se refere aos modelos de atenção aos problemas decorrentes de drogas há diferentes concepções teórico-metodológicas, sustentadas em diferentes racionalidades, isto é, nas formas como os sujeitos se apropriam das contingências do meio em que se encontram inseridos; essas racionalidades constituem-se como algo inerente à condição humana, sendo característica primordial na diferenciação do homem com os demais seres do mundo animal (Schneider, 2010). Essa guerra contra as drogas e o conseqüente proibicionismo, associada ao

tema da criminalidade e práticas antissociais, somada a uma ética cristão-judaica, produziu o conceito moral-religioso para a atenção à drogadição, segundo o qual o usuário é culpabilizado pela perda de valores morais e pela escolha do lado “mau” da vida. Por outro lado, a partir do início do século XX fortalece-se uma visão médico-psiquiátrica, forjando o conceito da drogadição como doença genética, cujas raízes se encontram na Reforma Psiquiátrica Pineliana. Sendo assim, ao longo dos anos desenvolveu-se um modelo de atenção bipolarizado, baseado em um modelo religioso de assistência de um lado e, por outro, em uma lógica médico-farmacológica, constituindo-se “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo na abstinência o principal objetivo a ser alcançado, com oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. Essa concepção, muitas vezes, relega esse convívio social do usuário a um segundo plano, uma vez que prioriza a atenção na relação com a substância de abuso, produzindo uma “multiplicidade de propostas e abordagens preventivas / terapêuticas consideravelmente ineficazes, por vezes reforçadoras da própria situação de uso abusivo e/ou dependência” (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a). A Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, publicada em 2002 e implantada a partir de 2004, emerge com a intenção de enfrentar estas contradições dos modelos de assistência, propondo novos paradigmas teórico-metodológicos na atenção a esse público.

Desta forma, com os avanços e conquistas da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Sanitário, bem como com a implantação de novos modelos de atenção em saúde, voltados para as necessidades dos sujeitos e de base territorial, surge ainda a necessidade de uma nova concepção do conceito de saúde, além da simples ausência de doença, por parte de todos os atores envolvidos, sejam usuários, gestores ou profissionais. No que tange aos profissionais, essa concepção implica em compreender a mudança paradigmática, que se põe na contramão das formações acadêmicas e práticas de atenção consolidadas a partir de uma racionalidade médica, baseada no binômio saúde-doença e na posição de “paciente” ocupada pelo usuário. Tesser (2009, p.1741) salienta que a mudança de paradigma implica em um confronto de “quatro eixos bipolares: (1) ações voltadas para o coletivo vs. ações voltadas para os indivíduos; (2) ações intersetoriais vs. ações setoriais; (3) concepção de saúde positiva e ampliada vs. concepção de saúde como ausência de doença; (4) pedagogia diretiva vs. pedagogia

dialogal". Diante desses confrontos de ideias faz-se importante considerar a forma como os profissionais estão adequando suas racionalidades teórico-metodológicas aos novos modelos de atenção, uma vez que as reformas e marcos legislativos avançaram com maior velocidade do que as reformas dos currículos acadêmicos.

Em relação à drogadição a questão parece ser mais emblemática, uma vez que além da negligência histórica do Estado, a posição essencialmente moralista e psiquiatrizante em relação a esse assunto marca uma racionalidade hegemônica, acirrando para os profissionais as contradições da tradicional formação em saúde a partir de um modelo curativista, onde o usuário é "paciente" frente ao saber do profissional que presta assistência. Neste sentido, as formas de compreender a drogadição, que marcam a formação dos profissionais, são levadas para as atuações dentro dos Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e/ou Outras Drogas (CAPSad), que, por seu lado, exigem novos horizontes teórico-metodológicos, o que impõe ambiguidades e limitações na atenção aos usuários e na efetivação da política preconizada pelo Ministério da Saúde.

Diante do exposto, anteriormente, torna-se necessário investigar as práticas presentes nos serviços substitutivos de saúde mental, em especial os CAPSad, com vistas às diferentes trajetórias dos profissionais de diferentes áreas do conhecimento (Psicologia, Medicina, Enfermagem, Serviço Social etc.) exercendo suas atividades nesses serviços. Dessa forma, o presente estudo discutirá acerca do horizonte das racionalidades dos profissionais, fornecendo subsídios para a formação de recursos humanos capacitados para a atenção ao portador de sofrimento psíquico decorrente do abuso de substâncias psicoativas. A presença de equipe técnica capacitada poderá propiciar um atendimento mais direcionado às necessidades dos usuários, identificando e potencializando suas redes sociais de apoio, a partir de um enfoque multifatorial, o que qualifica ainda mais a presente pesquisa, em termos de relevância social.

A compreensão das concepções dos profissionais acerca da drogadição e dos modelos de atenção em saúde mental, bem como o fato da escassez de estudos em psicologia no contexto dos CAPSad justifica o presente estudo, considerando sua relevância acadêmica, como alinhado com Área 3 (Processos psicossociais, saúde e desenvolvimento psicológico) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC, ao qual se encontra inserido. O mesmo torna-se ainda mais relevante dada a importância de se compreender os diversos espaços de inserção

do profissional psicólogo, em especial nos serviços de saúde pública.

Tendo em vista os conceitos de saúde, as diferentes formas de se compreender o fenômeno na drogadição pelos profissionais da equipe, os avanços promovidos pelo Movimento Sanitário e de Reforma Psiquiátrica e o processo atual de construção de um novo modelo de atenção, o presente estudo tem por objetivo principal responder a seguinte pergunta: **“Quais as implicações que as racionalidades teórico-metodológicas dos profissionais trazem às práticas e cuidados no CAPSad?”**.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Racionalidades e Modelos de Análise do Fenômeno da Dependência de Álcool e Outras drogas

Diferentes concepções acerca de um fenômeno são formuladas em um contexto de múltiplas formações e trajetórias profissionais. Essas diferenças, ou contradições, são potencializadas quando se leva em conta as racionalidades teórico-metodológicas norteadoras das práticas de cada profissional. No campo da saúde é ainda mais evidente a forma como essas diferenças influenciam na estruturação de serviços. Sendo assim, faz-se importante, neste estudo, a descrição dessas racionalidades e dos consequentes modelos de análise diante do fenômeno da drogadição.

A racionalidade é algo inerente à condição humana, sendo característica primordial na diferenciação do homem com os demais seres do mundo animal (Schneider, 2010). A partir do momento em que o homem organiza-se “material e sociologicamente” na direção de uma construção de seu projeto de ser no mundo, produz a “razão” (Bertolino, 2005). A racionalidade constitui-se assim na forma como o sujeito se apropria das contingências do meio em que se encontra inserido. Schneider (2010) esclarece que essa apropriação será medida pelo conjunto de conhecimentos, valores, juízos morais, saberes e práticas que, associados ao processo sociocultural, caracterizará a racionalidade específica acerca do fenômeno em dado contexto histórico. Será o horizonte de racionalidades de uma determinada época que permeará a construção dialética de um infundado número de racionalidades singulares (de uma família, de um campo profissional, de uma dada instituição, de um sujeito etc.), “na medida em que o universal é apropriado pelos diferentes sujeitos de maneira singular”. Schneider (2010) salienta ainda que esse horizonte acerca das racionalidades irá subsidiar uma compreensão sobre o ser da realidade (ontologia) e sobre o homem, a sociedade e as relações sociais (antropologia) dos profissionais, desdobrando-se nas várias teorias médicas, psiquiátricas, psicológicas, entre outras, e suas propostas específicas de intervenção em determinado fenômeno. A autora coloca ainda que esse subsídio teórico-metodológico estabelecerá a organização dos serviços, os processos de intervenção e as atividades técnicas desenvolvidas na área da saúde, ou seja, o conjunto de práticas desenvolvidas dentro dos serviços serão reflexos das concepções construídas ao longo das

trajetórias de formação e experiências profissionais, que por sua vez advêm de um contexto sócio-histórico maior e anterior que constituiu a práxis da profissão. Essas concepções serão determinantes da relação dos profissionais com os usuários, bem como o modelo de atenção a ser empregado, visto que, segundo Tesser e Luz (2002), para os pacientes, uma vez satisfeita minimamente a relação de cura, a orientação e a terapêutica recomendadas são aceitas, sem questionamentos.

As diferentes formas do ser humano produzir conhecimento constroem um complexo *sistema de racionalidades*, que em sua multiplicidade constitui uma síntese antropológica do *horizonte de racionalidade*, sendo que cada sistema é autônomo e construído de forma singular.

Um homem não é jamais um indivíduo. É melhor chamá-lo de um universal-singular: totalizado e universalizado por sua época, ele a retotaliza reproduzindo-se nela como singularidade. Universal pela universalidade singular da história humana, singular pela singularidade universalizante de seus projetos, ele exige ser estudado simultaneamente pelas duas extremidades (Sartre, 1971, p. 07).

Para efeito didático, podemos descrever quatro grandes sistemas de racionalidades: *o teológico ou religioso, o metafísico, o político e o científico*, cada um com seu modo específico de produção de seu conhecimento (Schneider, 2010).

Bertolino (2005), em sua antropologia existencialista, faz uma sintética definição dos quatros sistemas de racionalidades, ao qual a compreensão faz-se importante para o seguimento do presente estudo:

1. Racionalidade Teológica ou Religiosa – é o sistema de racionalidade elaborado a partir de coordenadas conceituais ou lógicas, sustentadas em revelações divinas ou dogmas, aplicando-se sempre como doutrina moral. Suas especificidades irão se apresentar conforme as comunidades de credo (Ex.: cristãos católicos, cristãos protestantes, cristãos evangélicos, maometanos, islâmicos, budistas etc.);
2. Racionalidade Metafísica – como a Teologia, também é um sistema de racionalidade elaborado a partir de coordenadas conceituais ou lógicas, mas com sua sustentação ocorrendo na garantia recíproca com o próprio sistema que a mantém, em um jogo lógico conhecido como circularidade hermenêutica.

- Também se apresenta em uma perspectiva dogmática, se apresentando através dos diferentes tipos de racionalismos (Ex.: idealismos, realismos, materialismos, espiritualismos etc.);
3. Racionalidade Política – as coordenadas conceituais ou lógicas nesse sistema giram em torno da articulação de interesses práticos de organização da *polis*, isto é, da organização em torno de um projeto para a sociedade. Apresentam-se nos mais diversos sistemas político-ideológicos (Ex.: o conservadorismo, o liberalismo, o capitalismo, o socialismo etc.);
 4. Racionalidade Científica – ao contrário dos outros sistemas utiliza-se de coordenadas teórico-metodológicas não lógicas, garantidas pela descrição, observação, verificação de fenômenos naturais ou humanos, estabelecidas pela articulação interdisciplinar. O rigor metodológico no estudo dos fenômenos é que dará sustentação a esse sistema, que, através do controle dos processos de produção do conhecimento e controle de resultados, dará origem aos diferentes sistemas teórico-metodológicos.

Esses sistemas de racionalidades são apropriados tanto pelos coletivos sociais quanto pelos sujeitos singulares, sendo constituídos de forma específica e peculiar. As práticas profissionais, em determinada cultura, se constituirão através de arranjos sociológicos dados a partir da síntese das diferentes racionalidades presentes em seu contexto (Schneider, 2010).

No campo da saúde, em específico, o confronto de racionalidades é ainda mais emblemático, uma vez que existe a evidente hegemonia do saber biomédico, sintetizados no que Luz e Tesser (2002; 2008) descrevem como Racionalidade Médica, entendida como um conjunto integrado e estruturado de práticas e saberes definidas a partir de cinco dimensões interligadas: uma morfologia do homem (anatomia), uma dinâmica vital (fisiologia), um sistema de diagnose, um sistema terapêutico e uma doutrina médica (explicativa dos adoecimentos, sua origem e cura). Tesser (2009) discorre que essa concepção permitiu a distinção desses sistemas médicos complexos (racionalidades médicas), como a “biomedicina, a medicina ayurvédica ou a medicina tradicional chinesa, de terapias ou métodos diagnósticos, como os florais de Bach, a iridologia, o reiki etc.” (p. 1733) Baseada em um paradigma positivo-mecanicista, a racionalidade médica, principalmente no campo da biomedicina “reforça cegueiras e dilemas importantes”, fato esse que talvez justifique o aumento da insatisfação com esse modelo e a

crescente busca por práticas complementares e tradicionais no mundo ocidental (Tesser, 2009).

Tesser e Luz (2002; 2008) e Tesser (2009) descrevem ainda que esse tipo de racionalidade leva ao rápido esgotamento das possibilidades terapêuticas, uma vez que o profissional, focado nos sintomas e na meta da cura, acaba por se fechar a alternativas para o tratamento, desqualificando sintomas que não enquadrem no seu limite terapêutico e provendo condutas iatrogênicas. Com um discurso baseado *a priori* em uma racionalidade científica, o modelo médico hegemônico também se utiliza na prática de modelos lógicos das racionalidades política e teológica, visto o jogo de poder ao qual está inserida e a característica “dogmática” da doutrina médica tradicional.

Em relação à drogadição a racionalidade médica fica evidente nos modelos tradicionais de intervenção focados no isolamento e nas metas de abstinência. Dessa forma, torna-se importante conhecer as racionalidades teórico-metodológicas dos profissionais envolvidos na atenção aos usuários de substâncias psicoativas, bem como o contexto em que se formam. Serão essas racionalidades que poderão determinar a forma como os profissionais e os serviços conceberão o modelo de atenção nas questões relativas à drogadição.

Rezende (2000), em artigo produzido a partir de sua tese de doutorado, identifica quatro modelos de análise para a questão da drogadição, que deram suporte às intervenções propostas nas últimas décadas, considerando as três dimensões que envolvem o complexo fenômeno do uso, abuso e dependência de drogas psicoativas, ou seja, a triangulação “droga-indivíduo-meio”:

1. Modelo Jurídico-Moral – fundamentado em uma posição dualista da realidade, esse modelo apresenta-se através da coexistência de concepções opostas e irreduzíveis (indivíduo-droga, legalidade-ilegalidade e finalidade médica e não médica). Fundamenta princípios repressivos (“Guerra contra as drogas”), com ameaças aos usuários e punição aos traficantes, tendo na redução da oferta de drogas seu principal foco. Ênfase na interação do sujeito com droga, com ideal de pureza e busca pela abstinência. Assim, esse modelo desconsidera a relação entre necessidades individuais e conjunto de forças sócio-históricas que criam condições de possibilidades para o uso/abuso de drogas;
2. Modelo Médico ou de Saúde Pública – compreende a drogadição a semelhança com as doenças infectocontagiosas,

estabelecendo a droga como o agente, o indivíduo como o hospedeiro e o contexto como o meio-ambiente. Nesse sentido o agente é o elemento ativo, definido como o “gerador da dependência”, e o hospedeiro é a ‘vítima’, o doente a ser tratado ou curado. A droga é um problema médico, caracterizando a drogadição como uma “doença recorrente e incurável”;

3. Modelo Psicossocial – o indivíduo nesse modelo passa a ter um papel de agente ativo, sendo a interação droga-usuário o alvo da observação. Sustenta-se na concepção de que o uso da droga irá persistir enquanto desempenhar uma função para o indivíduo. Compreende o contexto em termos de sua influência sobre o usuário, das atitudes e condutas de familiares, amigos, grupos de pares ou da sociedade. A drogadição é fruto de aspectos psicológicos e sociais;
4. Modelo Sociocultural – Com ênfase no contexto, nesse modelo será a forma como cada sociedade utiliza a droga que lhe dará significado e importância. A drogadição é fruto das condições sociais, econômicas e ambientais.

Schneider (2010), em seu estudo acerca do horizonte de racionalidades em serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas de uma região metropolitana do sul do Brasil, destaca que a maioria desses serviços realizam uma combinação de modelos de análise do fenômeno da drogadição, às vezes justapondo modelos contraditórios, o que se desdobra nas práticas e nos cuidados desenvolvidos nos serviços. A autora cita o exemplo de serviços que alternam a atenção ora com o modelo psicossocial (com ênfase na relação indivíduo-contexto social), ora com o modelo médico (patologizando tanto o social quanto o indivíduo) e ora com modelo jurídico-moral (acarretando a culpabilização do usuário e de sua família). Essa problemática encontra-se fundamentada pelo horizonte de racionalidades que sustentam as concepções desses modelos, em que também predominam a mistura de racionalidades (metafísico-científicas, metafísico-teológicas, teológicas-políticas etc.), com o modelo médico hegemônico servindo de justificativa jurídico-moral e vice-versa. Infelizmente essas contradições são dificilmente percebidas no dia-a-dia dos serviços, na hora de organizar seus projetos terapêuticos. Sendo assim, torna-se imprescindível, investigar a correlação entre a racionalidade sobre o fenômeno da drogadição e suas implicações para as práticas e cuidados, como forma de contribuir na avaliação qualitativa dos serviços de saúde.

A fim de compreender o impacto nas práticas e cuidados nos CAPSAd produzido pelas diferentes racionalidades teórico-metodológicas presentes nos serviços e nas trajetórias dos profissionais neles inseridos, faz-se necessário tanto uma retrospectiva da construção histórica do conceito de saúde e sua relação com o Movimento Sanitário e o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, quanto uma revisão da produção científica com a temática das racionalidades teórico-metodológicas dos profissionais envolvidos na atenção à usuários de álcool e outras drogas.

2.2. Conceito de Saúde

O estudo sistemático da saúde e sua conceituação estão associados diretamente ao desenvolvimento científico da medicina. Durante os séculos XVIII e XIX, o crescimento da produção de conhecimento na área se deu dentro do paradigma da ciência moderna, sob a influência da crença na cisão cartesiana entre corpo e mente. Como uma das aplicações da biologia, a medicina procura investigar os aspectos orgânicos relacionados à doença, explicando-a em função de alterações fisiológicas resultantes de lesões, desequilíbrios bioquímicos, infecções causadas por micro-organismos e outros. Estes são os alicerces do que se convencionou chamar de “modelo biomédico” (Traverso-Yépez, 2001), definindo saúde a partir do estudo da patologia, isto é, em função da ausência de doença.

Há décadas que se vem discutindo a necessidade da utilização de um conceito mais amplo de saúde, considerando-se não somente os aspectos biológicos, mas também os aspectos psicológicos e sociais, e que transcenda a descrição da saúde apenas como ausência de doença. Na década de 1940, a Organização Mundial de Saúde (OMS) introduz a ideia de “qualidade de vida”, atualmente já assimilada à discussão da saúde mesmo em termos de senso comum. Assim, saúde deixa de ser entendida como a mera ausência de doença para ser definida como um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social (OMS, 1946). Apesar das críticas por seu caráter demasiado amplo e vago, que a faz soar utópica (Segre & Ferraz, 1997), essa mudança na visão da saúde, potencializada pela importância da instituição proponente, oferece maior abertura ao questionamento do saber biomédico hegemônico e a reorganização das demais áreas do conhecimento, que passam a também serem atores importantes na produção e instrumentalização das questões de saúde.

A OMS, em 1978, na Declaração de Alma-Ata (capital do atual Cazaquistão), apresenta o resultado de uma conferência internacional sobre cuidados primários em saúde, reafirmando seu conceito de saúde e colocando-a como um direito universal, recomendando o combate às desigualdades econômicas e sociais que resultam em piores condições de saúde nos países mais pobres. Enfatiza ainda a importância dos cuidados básicos e da ação preventiva, envolvendo a mobilização de diversos setores da sociedade (OMS, 1978). Apesar da existência deste conceito de saúde desde os anos de 1940, esta conferência é considerada um marco fundamental da mudança do paradigma biomédico para o da saúde pública, em função de ser um momento histórico de constatação da importância das questões sanitárias e de prevenção, bem como de questionamento do modelo hegemônico (Matos, 2004).

Witter (2008) faz uma descrição do modelo biopsicossocial, contrastando com o antigo paradigma da saúde como a ausência da doença. A autora destaca que esse conceito implica em um reconhecimento e uma legitimação do relato do paciente como coautor do conhecimento sobre sua saúde, de modo que a atenção é centrada no indivíduo e planejada conforme as singularidades de sua situação. O antigo conceito, a partir do paradigma biomédico, implica na concentração do saber nas mãos do profissional, que irá dizer sobre a saúde do outro e decidir sobre a intervenção, concentrada mais na doença do que no indivíduo, visando combater a doença a qualquer custo, negando a possibilidade de haver saúde na presença da doença ou na iminência da morte (foco na manutenção da vida em detrimento dos cuidados paliativos).

O conceito está mais abrangente, mais complexo, demandando a participação de outros atores na produção do saber sobre saúde. Contudo, a noção de saúde como “completo bem-estar físico, mental e social” acaba sendo assimilada à mesma lógica, na medida em que é traduzida como uma ausência de doença física, de doença mental e de doença (desvio) social. Ou seja, ainda lidamos com uma definição “negativa” de saúde, que se opera dizendo o que a saúde *não é*, ou dizendo quando ela está ausente. A definição de um conceito “positivo” ou “afirmativo” de saúde é fundamental então para efetivamente se produzir conhecimento sobre a saúde e não sobre a doença. Em termos práticos, temos epidemiologia das doenças, intervenção sobre doentes e mesmo a ideia de prevenção trata-se da evitação de doenças. Em termos teóricos, há uma prevalência de material publicado que utiliza o conceito de ausência de doença (Witter, 2008). Mesmo em estudos

conceituais, na área de saúde o foco geralmente está sobre conceitos de doença, patologia e correlatos, como se percebe em revisão de Coelho e Almeida Filho (2002): desde estudos clínicos, passando por estudos historiográficos e etnográficos sobre conceitos de enfermidade, sofrimento e risco, até estudos filosóficos sobre doença.

Sendo assim, a escassez de estudos enfocando um conceito “positivo” de saúde leva a uma dificuldade em se abordar cientificamente a saúde desta outra perspectiva, o que Coelho e Almeida Filho (2002) consideram que pode ser resultado da influência da indústria farmacêutica e de uma “cultura da doença”, que restringe o interesse e os investimentos de pesquisa a uma abordagem teórica e empírica da questão da saúde como ausência de doença.

Neste sentido, os mesmos autores destacam a influência da obra de Canguilhem, por sua contribuição teórica à crítica do pensamento sanitário tradicional no Brasil. Da contribuição de Canguilhem, é destacada a proposição de uma diferença qualitativa entre saúde e doença, estabelecendo um contraste com a visão positivista de doença enquanto desvio do normal (Coelho e Almeida Filho, 1999). Afastando-se de uma perspectiva que equiparava o binômio saúde-doença ao binômio normal-patológico, a contribuição de Canguilhem vem embasar uma ideia de saúde enquanto processo:

Enquanto a saúde se caracteriza pela abertura às modificações e pela instituição de novas normas de saúde, o patológico corresponde à impossibilidade de mudança e à obediência irrestrita às normas. Sendo a normatividade uma dimensão da saúde, cada indivíduo tem, para si mesmo, sua própria concepção de saúde. Se a fronteira entre saúde e doença é imprecisa para indivíduos diferentes considerados simultaneamente, ela tampouco é precisa para um único indivíduo considerado sucessivamente, pois a fronteira pode variar ao longo do tempo, e o que é normal, em uma situação, pode se tornar patológico, em outra. Além disso, a saúde implica o adoecimento e a saída do estado patológico (Coelho e Almeida Filho, 2002, p. 322).

Esta ideia implica pensar a saúde não mais como a norma da qual a doença constitui o desvio, mas como um processo caracterizado pelas singularidades do tempo e da subjetividade, o qual inclui a doença. Saúde deixa de ser o estado de equilíbrio que deve ser restabelecido

quando há doença, ou um estado de ausência de “anormalidades” físicas, psíquicas ou sociais, para ser compreendida como uma capacidade de movimento, de adoecer e recuperar-se. Ser saudável não seria estar assintomático, mas dispor de recursos para recuperar-se ou para instituir novas normas de vida em relação à saúde – o que nos permite pensar de modo mais abrangente sobre as possibilidades de ser saudável diante da doença crônica, ou até mesmo da morte.

A influência desta concepção se faz notar em conceituações mais recentes sobre saúde, como em Gonzalez Rey (1997), que enfatiza que a saúde não deve ser tomada como um estado estático do organismo e não se identifica com uma norma, destacando seu caráter multideterminado e processual: “a saúde deve ser considerada como um processo permanente que expressa a qualidade do desenvolvimento do sistema, a qual estará referida tanto aos elementos biológicos, como aos elementos subjetivos e sociais.” (Gonzalez Rey, 1997, p.276).

De modo geral, o “novo paradigma” ou “novo modelo” de compreensão da saúde surge no bojo de um questionamento do modelo biomédico e de suas bases científicas positivistas; o modelo “biopsicossocial” representa um avanço na compreensão da saúde em sua complexidade, mas tende a ser assimilado na mesma lógica de definição da saúde em função da doença, na medida em que partilha da mesma base epistemológica do modelo anterior, na medida em que realiza uma justaposição de fatores e não uma concepção sistêmica da constituição do fenômeno saúde/doença.

Esforços no sentido de conceituar “positivamente” a saúde enfatizam seu caráter processual, multideterminado e singular para cada sujeito (Gonzalez Rey, 1997), resultando em conceituações ainda um tanto vagas, de difícil diálogo com a prática. Será esse conceito que irá subsidiar a visão de Saúde Integral do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, entendendo-se a saúde como um processo dinâmico e multideterminado, construído social e culturalmente a partir da compreensão que o sujeito e seu meio fazem do processo saúde-adoecimento, demandando aos gestores e profissionais uma atuação que contemple tais compreensões.

Entende-se, dentro da nova visão de saúde, uma humanização não somente conceitual, mas também nos modelos de práticas e intervenções. Parte-se de um conceito comprometido com uma lógica econômica pragmática e atrelado ao saber do técnico (imposta sobre a vontade e percepção do indivíduo acerca de suas queixas e necessidades), para um conceito marcado pelo respeito à singularidade

da narrativa do indivíduo sobre a própria saúde, em que o conhecimento não é mais trazido pelo técnico, mas construído conjuntamente (Witter, 2008). Assim, da profusão de “terapias alternativas” baseadas em uma visão “holística” do homem até os embates em torno da questão do ato médico, percebe-se que a discussão que se desdobra a partir do conceito da OMS assume uma característica principalmente de crítica ao saber e ao poder médico: outros agentes devem ser convocados a dizer da saúde e a intervir na saúde. Se por um lado, isto abre espaço para um enriquecimento das práticas e para uma bem-vinda ampliação e complexificação do conhecimento produzido, por outro lado acirra disputas que saem do campo científico e entram no campo da militância política, chegando por vezes à ingenuidade de certos grupos profissionais acreditarem que são os “bons” a combater os “maus” (como se nota nos embates entre os profissionais da saúde mental, por exemplo). O percurso recente dos embates políticos no Brasil resultantes desse confronto teórico será exposto a seguir.

2.3. Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica

O movimento em prol de uma “nova” saúde abarca os mais diferentes lócus de atuação, em praticamente todos os países do mundo ocidental. No Brasil esse novo paradigma foi construído sob a influência dos movimentos de Reforma Sanitária, com a ideia de saúde integral e atenção territorial, e de Reforma Psiquiátrica, com a desinstitucionalização da loucura e a atenção psicossocial.

2.3.1. Reforma Sanitária

Na transição entre os séculos XIX e XX, no início da chamada “República Velha”, ocorre no Brasil o nascimento da saúde pública, configurando-se em um processo de elaboração de normas e organizações sanitárias e de mudança nas práticas dominantes até então, consistindo um movimento que ficou conhecido como “sanitarismo campanhista”, predominante até meados dos anos de 1960, com presença marcante nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo (Andrade, Pontes, & Martins Júnior, 2000). Durante as primeiras seis décadas do séc. XX várias ações e iniciativas governamentais vão sendo sacramentadas culminando na criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e na Lei 6229, de 1975, que organiza o Sistema Nacional de Saúde (Andrade, Pontes, &

Martins Júnior, 2000), “inspirada numa visão sistêmica, ordenando e consolidando as mesmas funções, duplicações e superposições, que já mobilizavam o pensamento crítico das políticas de saúde” (Cordeiro, 2004). Apesar das mudanças na forma de organização e atenção em saúde, o caráter centralizador no governo federal e o conflito de ações gerado por esses modelos, entre os Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, foi fortemente criticado por vários setores, tanto os sociais quanto os acadêmicos, fato que deu corpo ainda na década de 1970 ao que ficou conhecido como Movimento de Reforma Sanitária (Andrade, Pontes, & Martins Júnior, 2000). Esse movimento tinha por base a busca de alternativas que promovessem uma articulação entre as ciências sociais, a Epidemiologia com ênfase na determinação social das doenças e as políticas de saúde (Cordeiro, 2004).

Assim, novos interlocutores foram surgindo, apontando para os estudos socioeconômicos em saúde no âmbito da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com Sérgio Arouca e outros pesquisadores, buscando reformar os aspectos teóricos sem se esquecer da prática, com temas que iam desde as instituições de saúde até práticas do saber popular (Cordeiro, 2004). Constituem os primeiros passos de uma “utópica” interdisciplinaridade traduzida no trabalho coletivo, com influências de diversos autores como Rosen, Virchow, Jules Guérin, Willian Petty, Graunt e, posteriormente, Georges Ganguillemn, Michel Foucault e Ivan Illich (Cordeiro, 2004).

Da confluência entre a Academia e a *práxis*, entre as críticas ao complexo médico-empresarial e o exercício de propostas de descentralização e municipalização, brotavam rabiscos de alternativas que, muitas vezes, se traduziam em novos cursos, seminários, documentos, reuniões no Sindicato dos Médicos ou no Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Um momento estratégico para a organização da Reforma Sanitária foi o 1º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde (outubro de 1979), com debate e aprovação do documento a *Questão Democrática na Área da Saúde*, apresentado pela diretoria nacional do CEBES, com base em trabalho elaborado por pesquisadores do Instituto de Medicina Social da UERJ (Hésio Cordeiro, José Luis Fiori e Reinaldo Guimarães), acrescido das principais reivindicações do setor, transformando-se

em documento-base para as conclusões finais do encontro (Cordeiro, 2004, p. 345).

Cordeiro (2004) cita o documento aprovado pelo 1º Simpósio de Política nacional de Saúde (1979), com os seguintes princípios como sendo a base para a Reforma Sanitária Brasileira:

- 1) O direito à saúde como direito universal e inalienável;
- 2) O caráter intersetorial dos determinantes da saúde;
- 3) O papel do Estado no sentido de regular para obstaculizar os efeitos mais nocivos das leis do mercado na área da saúde;
- 4) Descentralização, regionalização e hierarquização;
- 5) Participação popular e controle democrático.

Percebe-se nesses princípios a mudança importante na relação com a sociedade na concepção de um sistema de saúde e proposição de uma tentativa de se evitar a mercantilização da saúde. Surge assim a ideia de um *Sistema Único de Saúde*, com uma rede nacional descentralizada e regionalizada, com unidades básicas de caráter público para aplicação de medidas preventivas e atendimento de emergência (Cordeiro, 2004). Fato marcante foi a reunião realizada em 1985, na cidade mineira de Montes Claros, liderada pelo futuro ministro da saúde José de Saraiva Felipe e com participação de várias lideranças, que se apresentavam para debater propostas para o primeiro governo pós-ditadura militar, tendo como consequência a chamada “Carta de Montes Claros”, que reafirmava os princípios e postulados de 1979 (Cordeiro, 2004).

Foi na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre 17 e 21 de março de 1986, que se deram os passos decisivos para que se elaborassem os princípios e a prática da Reforma Sanitária, após várias conferências preparatórias efetuadas em todos os estados da Federação. Mais de mil delegados com direito a voto e cerca de três mil participantes, sob a presidência de Antônio Sérgio da Silva Arouca (FIOCRUZ), debateram-se temas: *Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor* (Cordeiro, 2004). O relatório final consagrou teses de debate acadêmico e político:

Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o

próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se costuma chamar de reforma sanitária (Brasil, Ministério da Saúde, 1986, p. 2-18).

Com a formulação das diretrizes para o novo sistema de saúde, nesse momento era preciso definir as formas de financiamento e definir as atribuições do Ministério da Saúde e a separação com o Ministério da Previdência e Assistência Social. Para tanto fazia necessário uma nova constituição que assegurasse as conquistas sociais da conferência:

Garantir uma Assembleia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva; assegurar na Constituição, a todas as pessoas, condições fundamentais de uma existência mais digna, protegendo o acesso ao emprego, à educação, alimentação, remuneração justa e a propriedade da terra aos que a trabalham, assim como o direito à organização e o direito de greve (Brasil, Ministério da Saúde, 1986, p. 2-18).

Nesse contexto foi proposta a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária, convocado pelo Ministério da Saúde (Comissão Nacional da Reforma Sanitária), concomitantemente com desenvolvimento de estratégias para a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma iniciativa bastante questionada foi a proposta de que o INAMPS transferisse seus hospitais, ambulatorios e superintendências regionais para o âmbito dos estados (secretarias estaduais de Saúde) e municípios (secretarias municipais de Saúde) (Cordeiro, 2004). Como uma das recomendações da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), esse processo visava enfrentar o risco de um relativo imobilismo do Ministério da Saúde, com sua tradição verticalista frente a mudanças. Cordeiro (2004) ainda cita que as recomendações da VIII CNS contribuíram para três níveis de ação política e técnica da Reforma Sanitária: a luta pelo texto da saúde no capítulo da ordem social da Nova Constituição, os movimentos táticos e a mobilização da sociedade para a ampliação das bases sociais do Movimento Sanitário. Desenvolver e promover a transição do sistema desintegrado (no que diz respeito à articulação das esferas de governo) e centralizado (secularizados por em serviços médicos privados e programas verticalizados) para outro

sistema com comando único em cada esfera de governo passou a ser o grande desafio do Movimento de Reforma Sanitária (Andrade, Pontes, & Martins Júnior, 2000), saindo do campo da resistência para o desenvolvimento de tarefas mais construtivas.

A Constituição Brasileira de 1988 criou as bases para o SUS, enunciando as seguintes garantias para sistematização das ações e dos serviços destinados à promoção, proteção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva:

- a) a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado;
- b) a relevância pública das ações e serviços de saúde;
- c) a universalidade da cobertura e do atendimento, tendo como princípio a equidade da assistência;
- d) a descentralização da gestão administrativa com garantia de participação comunitária;
- e) a integração da rede pública de serviços num sistema único;
- f) a possibilidade de participação complementar do setor privado de serviços no sistema público de saúde;
- g) o cofinanciamento dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- h) a direção única nas esferas de governo (União, Estados, Distrito Federal e Municípios);
- i) a saúde como resultante de políticas sociais e econômicas e de fatores que determinam e condicionam o estado de bem-estar físico, mental e social do indivíduo (Andrade, Pontes, & Martins Júnior, 2000).

Essas garantias, acima citadas, constituem-se em um compromisso com uma nova concepção da saúde, em conformidade com o novo paradigma conceitual descrito e discutido anteriormente. Dessa forma, faltava apenas o marco legislativo, que daria amparo legal a todo esse movimento, inaugurando uma fase na saúde brasileira, com definições mais claras e maior transparência na utilização de recursos advindos do financiamento público. Nesse momento a Reforma Sanitária já conta com o incremento de diversos atores sociais ao grupo dos sanitaristas. Esse marco legal é respaldado com a publicação da Lei Orgânica da Saúde Brasileira, composta de duas Leis Complementares à Constituição (as Leis 8080/90 e 8142/90). A Lei 8080/90 disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, e regulamentando as condições para sua promoção, proteção e funcionamento. A Lei 8142/90 regulamenta a participação da comunidade, bem como as transferências intergovernamentais de recursos financeiros (Andrade, Pontes, &

Martins Júnior, 2000).

Com o objetivo de fortalecer iniciativas locais e as abordagens de base territoriais, foram criados vários instrumentos para aprimorar o SUS, com destaque para a implantação do Programa Saúde da Família em 1994 (PSF). O PSF vem funcionando como estratégia estruturante da organização da atenção básica, buscando articular, no âmbito comunitário, os preceitos de ação local e integral com os princípios basilares do SUS, sendo parte integrante de uma política intersetorial centrada na produção social de saúde e como um modelo técnico-assistencial fundamentado em formas de racionalidade comunicativa e da produção de serviços e ações de saúde resolutivos e integrais (Andrade, Pontes, & Martins Júnior, 2000). O Programa de Combate às Carências Nutricionais; a Vigilância à Saúde e a Farmácia Básica são mecanismos criados para amparar a atual política de saúde.

O processo de estruturação do SUS representa um movimento contra-hegemônico ao ajuste estrutural verificado hoje, uma vez que promove uma expansão das ações estatais em saúde ao invés de seguir uma tendência de construção do Estado Mínimo observado em outros setores, o que respeita a singularidade da cruel desigualdade de oportunidades verificadas na realidade brasileira, buscando garantir o acesso universal e igualitário à saúde. O crescimento e expansão das ações em saúde trazem consigo alguns problemas estruturais como a baixa cobertura em grandes centros urbanos e as questões relativas aos recursos humanos, evidenciando a falta de sintonia dos cursos de formação de profissionais de saúde com a realidade aonde estes profissionais vão atuar (Andrade, Pontes, & Martins Júnior, 2000).

Apesar das dificuldades, típicas de uma construção que passa por sua fase “adolescente”, vale ressaltar a grandeza do SUS como um dos mais ricos processos de descentralização/municipalização do setor da saúde, reconhecendo-se a necessidade de aprimoramento em algumas áreas e de criação de uma agenda que contemple esta discussão. Andrade, Pontes e Martins Júnior (2000) concluem dizendo que se “está se estruturando no Brasil um SUS, fundado nos princípios da solidariedade e da justiça social” (p. 91). Mais uma vez aqui salientamos a importância de todo esse processo de Reforma Sanitária no desenvolvimento e assimilação do novo paradigma conceitual em saúde, propiciando uma maior humanização das práticas e uma maior aproximação com as reais necessidades da população, que receberá uma contribuição e uma reafirmação com os princípios defendidos pelo próximo tópico de discussão, que é a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

2.3.2. Reforma Psiquiátrica Brasileira

Paralelamente as discussões envolvendo a reformulação do sistema de saúde, houve também o questionamento aos modelos de atenção em saúde mental, que tinham como principais terapêuticas, práticas não inclusivas baseadas no isolamento social, medicalização e foco nos sintomas. Com a redemocratização brasileira ocorreu uma reestruturação dos modelos de atenção nos vários setores da sociedade, que tinham em comum a significativa influência de ideias hegemônicas reducionistas de caráter secular, que privilegiavam um determinado grupo social elitista em detrimento da maioria da população. A insuficiência desses modelos fez com que cada vez mais fosse necessário pensar o ser humano a partir de suas particularidades e necessidades, levando-se em conta seu território de ação e seu universo relacional, sua subjetividade e sua complexidade, sendo imprescindíveis nesse processo as considerações acerca das redes sociais de apoio dos indivíduos. Essas discussões, com ampla participação popular, profissional e governamental, com influência significativa do novo paradigma da saúde e do movimento sanitário, levaram ao processo que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica.

Para discutir e contextualizar a Reforma Psiquiátrica Brasileira torna-se importante compreender, em *termos dialéticos*, as mudanças históricas na atenção em saúde mental e na concepção da “loucura”, entendendo como se instalaram as forças contraditórias que constituíram seu saber ao longo da história (Faria & Schneider, 2009). O marco inicial desse processo data da constituição da medicina moderna, com sua crítica à medieval concepção da “loucura” como fruto da possessão demoníaca. Essa mudança de paradigma (antítese) consolidou-se como tese hegemônica, sustentada na noção *de doença mental* e estruturada enquanto disciplina psiquiátrica, presente ainda nos dias atuais. Faria e Schneider (2009) descrevem que esse modelo constituiu-se como a base de sustentação do modelo psiquiátrico, com suas perspectivas teórico-epistemológicas predominantes, que se desdobram em um conjunto de práticas centradas na internação e em polêmicas terapêuticas que vão desde o acorrentamento a aplicação de banhos quentes e frios, passando pela lobotomia, pelos choques insulínicos e elétricos, até a administração de psicofármacos, a partir dos anos 1950-60.

Foi nesse momento que começaram a florescer visões críticas a respeito do modelo psiquiátrico clássico e o que nasceu para ser uma antítese a um modelo “medievaresco” da saúde mental passou a ser visto

como algo a ser revisado e reestruturado. As manifestações críticas começaram pela dimensão epistemológica da psiquiatria e a noção de “doença mental”, considerada por Szasz (1979) como um mito que tem por função “dourar a amarga pílula” dos conflitos sociais, ao atribuir os problemas de relacionamento interpessoal e social a um problema individual, por disfunções neuroquímicas ou, ainda, de estrutura mental. Laing e Cooper, entre os anos 1950 e 60, na Inglaterra, questionaram a intervenção da clínica psiquiátrica tradicional, estabelecendo uma nova relação e compreensão terapêutica da loucura, aplicando suas proposições inovadoras em uma unidade clínica experimental para jovens psicóticos (Cooper, 1976). Ao trazer as implicações do contexto relacional familiar para o tratamento e estudo dos processos de sofrimento psíquico, esses autores propiciaram uma nova forma de se conceber o fenômeno da “loucura”.

Questionar a problemática da internação psiquiátrica foi só questão de tempo, principalmente após a gama de debates sobre a desumanização produzida por este tipo de tratamento, que isolou e retirou a voz e a cidadania do louco (Faria & Schneider, 2009). Formavam-se assim as bases iniciais para o movimento de Reforma Psiquiátrica, implementadas por Franco Basaglia em Gorizia e Trieste na Itália (Amarante, 2006) e, como consequência, espalhando-se pelo mundo. O trabalho de Basaglia foi pioneiro ao colocar em prática a extinção dos hospícios, com a criação de serviços alternativos ao manicômio (construídos em forma de rede de atenção), e ao elaborar novas estratégias para o cuidado com as pessoas em sofrimento mental.

Seguindo a influência dos movimentos mundiais, ainda que com alguns anos de atraso, a história brasileira dos tratamentos da loucura segue a mesma lógica, isto é, afirmação da tese psiquiatrizante a partir do século XIX, sua consolidação enquanto modelo de tratamento hegemônico no início do século XX, em conformidade com o movimento higienista, que previa a limpeza das cidades do “lixo social”, produzindo a chamada “psiquiatrização do social”.

Apesar da influência do movimento sanitário, com suas bandeiras de mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas em saúde, e da contemporaneidade a esse movimento (década de 70 do séc. XX), o processo de Reforma Psiquiátrica possui uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação da violência asilar e pautada na defesa dos direitos dos usuários de Saúde Mental (Faria & Schneider, 2009). “A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e

forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos” (Brasil, Ministério da Saúde, 2005, p. 6). O movimento foi assim ganhando espaço tanto nas iniciativas legislativas, quanto nas políticas governamentais, além de outros setores importantes como as universidades, o mercado de serviços de saúde, os movimentos sociais e, principalmente, a opinião pública.

Esse processo de reestruturação implica em um conjunto de transformações, que passam nas práticas, nos saberes e nos valores socioculturais e sociais, tendo implicações também no cotidiano da vida das instituições e dos serviços de saúde. Essas conquistas não ocorreram fora de um cenário de muitos impasses, tensões, conflitos e desafios, sendo que o processo de reinserção de pessoas com transtornos mentais está diretamente relacionado com o embate de forças/interesses subjacentes à cultura manicomial e os consequentes investimentos socioeconômicos nas políticas públicas de saúde mental (Faria & Schneider, 2009). Leone (2000) cita que os referenciais teóricos e antecedentes da Reforma Psiquiátrica Brasileira possuem vertentes que vão do movimento antipsiquiátrico americano (Thomas Szasz e Erving Goffman) ao movimento europeu (Franco Basaglia na Itália; Michel Foucault, Deleuze e Guattari na França; Ronald Laing e David Cooper na Grã-Bretanha). No entanto, sua maior influência é das análises genealógicas de Foucault e das práticas de desinstitucionalização de Basaglia.

Como marco inicial da luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos no Brasil tem-se o ano de 1978, através de vários movimentos sociais, em especial o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que denunciou, entre outras situações, a violência nos manicômios, a mercantilização da loucura e a hegemonia de uma rede privada de assistência, com críticas contundentes ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Com o tema “Por uma sociedade sem manicômios”, o II Congresso do MTSM (Bauru, 1987) fornece os alicerces para a realização, no mesmo ano, da I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no Rio de Janeiro.

Neste contexto, permeado por mudanças significativas na realidade brasileira, que se desenvolvem da anteriormente citada redemocratização pós-ditadura militar até a Constituição de 1988, surge na cidade de São Paulo (1987) o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Com o processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Santos (SP) no hospital psiquiátrico “Casa de

Saúde Anchieta”, local de maus-tratos e morte de pacientes, se fortalece o cenário de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao modelo asilar. São implantados nesta cidade, concomitantemente, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas por dia. Também são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações (Brasil, Ministério da Saúde, 2005).

Com a entrada do Projeto de Lei do Deputado Federal Paulo Delgado (MG), em 1989, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país, têm-se a primeira iniciativa de reforma da atenção em saúde mental no plano legislativo. Mas é somente em 2001, ou seja, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado é sancionada, normatizada como Lei Federal 10.216, conquistando-se novo impulso no processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (Brasil, Ministério da Saúde, 2005).

Como principais ferramentas desse processo de reforma têm-se o fechamento gradativo de leitos em hospitais psiquiátricos e o conseqüente credenciamento de leitos em hospitais gerais, o aumento da rede dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Residências Terapêuticas. O “Programa de volta para casa”, dirigido a pacientes oriundos do regime asilar, residentes de hospitais psiquiátricos, é outro componente importante da Reforma Psiquiátrica.

Os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que a sua consolidação e estruturação, como serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico, permitirá a organização da rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios, visto a função articuladora desses centros aos níveis de atenção em saúde, constituindo-se em uma nova clínica, produtora de autonomia, “convidando o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória de seu tratamento” (Brasil, Ministério da Saúde, 2005, p. 27). Dado seu importante papel no cenário da reforma no modelo de atenção em saúde mental, os CAPS buscam oferecer serviços estabelecidos dentro de uma nova lógica de saúde, constituindo-se como instituições abertas e regionalizadas, formadas por equipes multidisciplinares, ofertando novos tipos de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, centrados em diagnóstico situacional (conjunto de condições psicossociais do usuário) e não somente nos diagnósticos psicopatológicos e medicações, cuja meta é a reintegração social do

usuário.

Os CAPS possuem uma linha de financiamento específica, junto ao Ministério da Saúde desde 2002 e são organizados pelas secretarias municipais. Esses serviços se diferenciam pelo porte, clientela atendida e capacidade de atendimento, conforme o perfil populacional, recebendo as seguintes denominações e descrições, conforme Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002: CAPS I (municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes), CAPS III (municípios com população acima de 200.000 habitantes, atendendo 24 horas/dia, inclusive feriados e finais de semana, com leitos para internações breves), CAPSi II (referência para o atendimento a crianças e adolescentes em uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local) e CAPSad II (referência para o atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em municípios com população superior a 70.000 habitantes). (Brasil, Ministério da Saúde, 2004b).

Os diversos processos de implantação e manutenção dos dispositivos necessários à Reforma Psiquiátrica apontam para os desafios enfrentados pela maioria dos países na transformação da atenção em saúde mental. Estes desafios estão relacionados tanto a características socioculturais (como maior ou menor abertura da população no acolhimento à alteridade e adesão ao movimento), quanto aos aspectos político-econômicos situados na configuração de forças hegemônicas em determinados países. É preciso evitar que esse processo de reforma se limite à facilitação ou preparo para a reinserção social dos usuários, fazendo-se necessária:

a implantação de dispositivos comunitários diversos que contemplem não somente uma permanente articulação entre os próprios serviços instaurados pelas políticas públicas de saúde, mas também entre estas e as demais políticas públicas que garantam moradia, lazer, educação, segurança, trabalho, enfim, os direitos sociais constitucionais (Moreira e Andrade, 2007, p. 50).

Faria & Schneider (2009) salientam ainda que o momento atual é desafiador para a consolidação das políticas públicas na área da saúde mental, pois já temos no Brasil, através do Ministério da Saúde, ações e

leis que propõem um novo modelo de atenção, decorrentes de décadas de debates, lutas e iniciativas legislativas, contrapondo-se ao modelo clássico da psiquiatria que, com ênfase hospitalocêntrica, promovia o isolamento da loucura e a desqualificação do sujeito com sofrimento psíquico. No entanto, como afirma Amarante (2006):

a política nacional de saúde mental corre muitos riscos, entre os quais reduzir o processo de Reforma Psiquiátrica a uma mera mudança de modelo assistencial. Trata-se de um processo social complexo, no qual é necessária uma reflexão sobre o modelo científico da psiquiatria, que não consegue ver saúde nas pessoas, apenas doenças (p. 35).

Desta forma, a consolidação deste novo modelo não é tão simples assim, pois passa pela produção de mudanças na racionalidade sobre os fenômenos de saúde por parte das equipes técnicas, na constituição de uma nova clínica, chamada de ampliada, pela consolidação de uma articulada rede de atenção à saúde, pelas iniciativas efetivas de promoção à saúde, entre outros aspectos. A práxis coletiva em saúde mental tem de ser constantemente refletida, questionada, com vista a evitar que o CAPS se transforme em mais um equipamento de saúde, que engessa a mudança em um mero dispositivo burocrático (Faria & Schneider, 2009).

Assim, com as discussões acerca de um novo conceito de saúde, com as lutas do movimento sanitário para uma mudança nos modelos de atenção em saúde e com uma reforma específica no campo da saúde mental, ao qual se insere os transtornos decorrentes do abuso de substâncias psicoativas, surge a necessidade da organização de uma política pública específica para a questão da drogadição, descrita a seguir.

2.4. A Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e o Papel dos CAPSad

Diante desse contexto histórico de mudanças de paradigmas, reformas e legislações, a questão da atenção em saúde dos usuários de substâncias psicoativas ficou em um plano marginal das prioridades de vários governos, sendo que, como já foi dito de forma sintética na introdução, não havia até o início deste século, política pública

específica na área de saúde para esse público e demanda. Nesse contexto proliferaram-se as ações “policialescas” de repressão ao tráfico de drogas e na criminalização dos usuários, com sua operacionalização centralizada no Ministério da Justiça. Dada a complexidade do fenômeno da drogadição e os múltiplos fatores envolvidos na sua constituição, os resultados dessas políticas foram o alto custo aos cofres públicos, a baixa resolutibilidade em relação à diminuição do consumo e os consequentes danos sociais decorrentes da criminalização de um problema que é, antes de tudo, uma questão de saúde pública. Foi no âmbito da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que a partir de 2002, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, propondo preencher a ausência de “uma clara política de saúde voltada para este segmento”, de onde “surgiram, no Brasil, diversas 'alternativas de atenção' de caráter total, fechado e tendo a abstinência como único objetivo a ser alcançado” (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a).

Essa nova política de atenção à drogadição nasce amparada por várias leis anteriores, com destaque na que cria e organiza o SUS (Lei 8080/1990 e 8142/1990) e na Lei de Reforma Psiquiátrica (Lei 10216/2001), o que reafirma a necessidade de estruturação de uma rede de assistência comunitária associada aos demais serviços de atenção social e de saúde, baseada nos princípios da promoção, prevenção, tratamento e educação em saúde, construída através da integração de ações interministeriais com setores da sociedade civil organizada (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a).

Em sua segunda edição, revisada e ampliada, o documento do Ministério da Saúde para a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, faz a seguinte menção à relação dos serviços com os usuários:

Reconhecer o consumidor, suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a

redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a, p. 8).

O controle integral, por parte do Ministério da Saúde, das ações de prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas vai ao encontro das recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, de dezembro de 2001, que exige a ruptura com os modelos de atenção baseados na “associação drogas/comportamento antissocial (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas)”, tendo na abstinência o objetivo único a ser alcançado (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a).

No desenvolvimento da atenção à drogadição duas estratégias são fundamentais: a Redução de Danos e a Interlocação com a Rede de Saúde. Com surgimento creditado à formulação da política de drogas holandesa, no final dos anos de 1970, a Redução de Danos significa, no plano da prevenção, a utilização de medidas que diminuam os danos provocados pelo uso de drogas, como o contágio de doenças transmissíveis por via venosa ou sexual, mesmo quando os indivíduos não pretendem ou não conseguem interromper o consumo dessas substâncias (Cruz, 2006). No plano assistencial, o emprego das estratégias de Redução de Danos viabiliza diferentes opções para cada usuário, sem exigência de abstinência incondicional, possibilitando maior vínculo com os profissionais e a intuição (Cruz, 2006).

A redução dos danos decorrentes do uso/abuso de substâncias psicoativas, a maior mudança paradigmática na política de atenção, traz um ganho qualitativo na assistência, por reconhecer o usuário em suas singularidades, elaborando com ele estratégias específicas com foco na defesa da vida, norteando as ações terapêuticas para a busca de maior liberdade e corresponsabilização com o tratamento, o que implica, por outro lado, no “estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam” (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a).

A proposta da Redução de Danos questiona a noção da dependência como *doença*, a meta única dos tratamentos como sendo a abstinência, propondo uma concepção mais política do fenômeno, que busca compreender o usuário como cidadão. Sustenta-se na afirmação da problemática do uso abusivo de drogas enquanto uma questão de *saúde pública* e das mais graves, em função dos agravos produzidos,

tanto em termos de saúde em geral, como podemos observar no índice de 1,5% do total das mortes no mundo das quais o álcool é fator determinante (Ministério da Saúde, 2004a), quanto sua correlação com a violência no trânsito, violência urbana, bem como com a problemática do absenteísmo ao trabalho e reprovação escolar. A interlocução com a rede de saúde proporcionará uma atenção de ordem territorial, no contexto comunitário ao qual está inserido o usuário, facilitando ações como o acesso a medicamentos e educação em saúde, além do maior engajamento da comunidade com um problema que, na maioria das situações, engloba todo o contexto social ao redor.

Consideração especial é feita a respeito das drogas lícitas, uma vez que é fato constatado pelos levantamentos epidemiológicos que as substâncias psicoativas mais utilizadas em todo o mundo são o tabaco e o álcool, sendo este último o que produz o maior número de prejuízos não somente ao usuário como também para o meio sócio-familiar ao qual está inserido e ao sistema público de saúde. Torna-se importante a elaboração de estratégias de intervenção precoce, na lógica da redução de danos, o que teria impacto “altamente positivo sobre a carga global de problemas e sobre o custo direto e indireto associado ao consumo de álcool” (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a).

Diante do contexto acima descrito, o Ministério da Saúde destaca as seguintes diretrizes para Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas em todo o território brasileiro, elaboradas pela Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e Drogas:

A necessidade de definição de estratégias específicas de enfrentamento que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos, levou o Ministério da Saúde a instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, via Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002; mediante a consideração da multiplicidade de níveis de organização das redes assistenciais localizadas nos Estados e Distrito Federal, da diversidade das características populacionais existentes no País e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde propõe a criação de 250

Centros de Atenção Psicossocial – CAPSad, dispositivo assistencial de comprovada resolubilidade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e a abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde. (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a, p. 22)

Sendo assim, a organização do modelo assistencial terá como objetivo imprescindível:

1. Alocar a questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública;
2. Indicar o paradigma da redução de danos – estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel autorregulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social – nas ações de prevenção e de tratamento, como um método clínico-político de ação territorial inserido na perspectiva da clínica ampliada;
3. Formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição;
4. Mobilizar a sociedade civil, oferecendo a esta condições de exercer seu controle, participar de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, bem como estabelecer parcerias locais para o fortalecimento das políticas municipais e estaduais. (Brasil, Ministério da Saúde, 2004a, p. 24)

Os CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Atendimento de Usuários com uso de álcool e outras drogas – são os dispositivos estratégicos da rede atenção a esta população específica, a serem implantados em regiões metropolitanas e municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes. Os CAPSad devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2004a).

2.5. Os profissionais e a Atenção em Saúde Mental

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram regulamentados em legislação específica apenas em 2002, o que faz com que esses dispositivos da Reforma Psiquiátrica ainda estejam em fase de afirmação e estruturação, necessitando de maiores estudos acerca das metodologias empregadas na atenção ao usuário, enfocando não só o perfil da demanda desses serviços, mas também os profissionais neles inseridos.

O estudo mais antigo encontrado em nossa revisão bibliográfica foi uma pesquisa realizada por Pontes e Fraga (1997), anterior inclusive a Lei da Reforma Psiquiátrica em 2001 e regulamentação dos CAPS em 2002. Os autores realizaram um estudo de caso, utilizando de uma observação sistemática, em um CAPS do interior do Ceará. Já nesta época identificaram a precarização do serviço, que mesmo sendo novo apresentava uma demanda excessiva, número de profissionais reduzido e precário vínculo empregadício. A conclusão foi de que esses fatores representavam uma importante ameaça ao futuro da unidade, apesar “do esforço permanente dos profissionais em manter uma relação horizontal com a clientela” (Pontes & Fraga, 1997, p. 50). Apesar da legislação e da regulamentação dos dispositivos de atenção, mais de uma década depois desse estudo, outra investigação ainda chama a atenção para a pressão sentida pelos profissionais em assumir a totalidade da demanda frente a uma realidade de condições precárias de trabalho, o que gera insegurança e limitações na atenção aos usuários, bem como frustrações e dificuldades de compreensão e clareza do seu cotidiano (Mello & Furegato, 2008; Olschowsky, Glanzner, Mielke, Kantorski, & Wetzel, 2009). Este estudo ainda conclui acerca do risco da cronificação do usuário dentro do CAPS, repetindo assim o modelo hospitalocêntrico em um contexto ambulatorial. Schulze (2007) destaca que, além das dificuldades inerentes do processo de mudança de paradigma em relação à questão da saúde mental, os profissionais da área também enfrentam e enfrentarão, o estigma de ser um profissional de saúde mental, que é, ao mesmo tempo, agente e paciente na construção desse estigma. O autor conclui que, com as campanhas de conscientização junto às família e a sociedade, deve-se promover qualificações que sensibilizem o próprio profissional de saúde mental a desconstruir a visão psiquiatrizante da própria atuação.

Apesar das dificuldades de implementação do novo paradigma de atenção em saúde mental, os serviços estão buscando ampliar o olhar

acerca da saúde mental, indo além do biológico, quando compreendem a reabilitação psicossocial como o centro do cuidado (Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky, & Machado, 2009). Dentro dessa visão integral do cuidado, a humanização é um processo fundamental na garantia do acesso universal, integral e imparcial com acolhimento e resolutividade, sendo que para sua ocorrência é importante a presença de empatia e aproximação entre o cuidador e o que é cuidado, indo além do simples conhecimento técnico. Sendo assim, a proposta de reabilitação psicossocial deverá envolver também a família e a sociedade (Mielke, Kantorski, Jardim, Olschowsky, & Machado, 2009). Quanto a inclusão da família no processo de atenção, entretanto, faz-se importante o cuidado para não se incorrer em um processo de culpabilização e responsabilização excessiva do grupo familiar, procurando caminhar para a corresponsabilização no processo de ressignificação da saúde mental como fenômeno da existência (Pinho, Hernández, & Kantorski, 2010).

Na Bahia, em 2008, um estudo etnográfico realizado em um CAPS, ao longo de nove meses, identificou a coexistência de três modelos assistenciais, que a despeito das diferenças, evidenciam uma importante mudança na atenção, quando comparada ao modelo asilar, promovendo uma nova clínica, focada na reflexão e na experimentação de relações interpessoais mais dialógicas, além da escuta do outro (Nunes, Torrenté, Ottoni, Moraes Neto, & Santana, 2008). Esses modelos são:

1. Modelo biomédico humanizado – ênfase na psicopatologia, apresentando um cuidado assistencialista, postura pedagógica, focado na mudança de comportamentos, com o objetivo de torná-los compatíveis com a reinserção social. Apresenta ações normalizadoras e pouco críticas;
2. Modelo psicossocial com ênfase na instituição – centrado numa concepção psicossocial do cuidado e em um fazer institucional, mas pouco orientado para as práticas territoriais. As mudanças paradigmáticas, apesar de evidentes, são restritas essencialmente ao campo teórico. Apresenta influência da clínica psicanalítica;
3. Modelo psicossocial com ênfase no território – focado nos aspectos sociais do adoecimento, associando o cuidado ao trabalho comunitário e com as famílias. Apresenta preocupação com a esfera político-jurídica da atenção.

Os autores destacam que todos os três grupos reconhecem a importância de uma atenção que envolva todos os atores, usuários e profissionais, e a prática de uma instituição aberta, apesar de que os dois primeiros se deem por satisfeitos com as transformações conquistadas, dando pouca ênfase e sendo menos entusiastas com a atenção de base territorial proposta pelo novo modelo (Nunes, Torrenté, Ottoni, Moraes Neto, & Santana, 2008). Conclui-se nesse trabalho que, ao considerar esses aspectos do cuidado, será exigido dos cuidadores um conhecimento técnico e um comprometimento sociopolítico, além de habilidades em lidar com a diversidade de perspectivas.

Um outro estudo, realizado com usuários e profissionais da rede de atenção em saúde mental no município de Joinville, em Santa Catarina, apresenta um conjunto de narrativas entre os participantes que remetem o processo de Reforma Psiquiátrica a uma “reforma de reparos, a uma reforma de aparências” negando-se sua complexidade, o que “reduz o processo social complexo a simples e mera reestruturação dos serviços” (Bueno & Caponi, 2009, p.143). Profissionais participantes chegam inclusive a negar a necessidade de desconstrução do modelo anterior, colocando a reforma em plano de adequação de modelo assistencial às questões administrativas. A internação continua como foco da atenção, com o hospital aparecendo como um local privilegiado de tratamento. Os relatos fazem parte da realidade do município, e revelam que o discurso está permeado de compreensões e tensões próprias do processo social complexo de Reforma Psiquiátrica num campo abrangente de saúde mental implicado nas políticas públicas, sendo que o município teve a vantagem de contar, em um primeiro momento, com profissionais envolvidos nos primórdios da luta antimanicomial. Embora lentamente, o processo de reforma tem evoluído e beneficiado pela presença de profissionais com formação mais aberta e questionadora (Bueno & Caponi, 2009). As autoras concluem atestando para a coexistência de uma dualidade, muitas vezes contraditória, com os profissionais alegando a importância da mudança e desconstrução do modelo hospitalocêntrico, ao mesmo tempo em que defendem o aumento de leitos psiquiátricos, sendo que esse dispositivo deveria ser uma alternativa última de intervenção nesse novo modelo.

Um amplo estudo acerca da Reforma Psiquiátrica local foi realizado na Rússia, contando com uma parceria internacional, com o objetivo de facilitar o processo de reestruturação da atenção em saúde mental e consolidação das políticas previstas em legislação específica (Jenkins *et al.*, 2007). Dentre outros resultados desse processo, destaca a

ênfase na necessidade de uma qualificação profissional que contemple desde a mudança nos currículos acadêmicos, até a melhor comunicação nas várias esferas do governo e iniciativas não-governamentais, focando a atenção multidisciplinar e intersetorial. Esses resultados vão ao encontro dos objetivos na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em junho de 2010, em Brasília, que foi a primeira com foco nas ações intersetoriais (Brasil, Ministério da Saúde, 2010). Ainda no estudo russo, concluiu-se que um programa multifacetado e abrangente promoverá mudanças estruturais nas instituições, de forma significativa e sustentáveis, corroborando com a proposta desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica (Jenkins *et al.*, 2007), indo ao encontro da reforma brasileira, conforme descrito anteriormente.

Além da qualificação necessária aos profissionais, citada nos estudos anteriores, também torna-se importante foco de atenção nas pesquisas o conteúdo dessas formações, pois o processo de reestruturação da atenção enfoca também um conjunto de modalidades técnicas que antes praticamente inexistiam, como a atenção em rede, a referência profissional e a atenção interdisciplinar. A Reforma Psiquiátrica torna a articulação dos dispositivos de atenção em saúde mental e a atenção básica como uma relação *a priori*, como um mecanismo fundamental na consolidação do processo de desinstitucionalização (Bezerra & Dimenstein, 2008). Em um estudo realizado na Secretaria Municipal de Saúde de Natal, no que tange a articulação intersetorial em saúde mental foi identificado uma significativa e precária relação entre os serviços e a necessidade de se repensar a função do CAPS dentro da rede de atenção e rever a formação acadêmica dos profissionais, ainda essencialmente ambulatorial (Bezerra & Dimenstein, 2008).

Outra estratégia de atenção dentro dos CAPS é a constituição do profissional de referência do usuário, entendido como sendo um arranjo que produz efeitos terapêuticos e contribui na eficácia da organização do trabalho (Miranda & Campos, 2008). Entretanto, estes autores, em estudo que verificou como os atores envolvidos (usuários, familiares e profissionais) avaliam o trabalho de referência profissional, identificaram riscos de centralização do poder praticadas por tais profissionais e casos de sofrimento profissional dado a excessiva responsabilização. Essa modalidade de intervenção torna-se importante no processo de atenção, mas deve-se haver o cuidado para com os problemas relacionais e de onipotência que envolve o profissional (Miranda & Campos, 2008) afim de que não haja uma interferência

negativa no acolhimento da demanda do usuário e na saúde do próprio trabalhador.

Uma das implicações do novo modelo de atenção em saúde mental é o foco na atenção interdisciplinar em detrimento da atenção fragmentada do modelo hegemônico anterior, uma vez que uma equipe com diferentes profissões em constante interação irá favorecer a prática do atendimento e favorecer a inovação da assistência, além de possibilitar o intercâmbio de experiências, saberes e fazeres (Schneider, Souza, Nasi, Camatta, & Machineski, 2009a). É crescente o reconhecimento da importância de se buscar articulações nas formas de integralidade do cuidado, o que pressupõe valorizar igualmente todas as dimensões constitutivas do sujeito (Nunes, Torrenté, Ottoni, Moraes Neto, & Santana, 2008). Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, em 2009, com profissionais de um CAPS, onde foi questionado a respeito do trabalho em equipe multiprofissional, a interdisciplinaridade se revelou como um conjunto de profissionais com formações diferentes, agrupando saberes e fazeres específicos, em um espaço de conflito, negociação e apoio entre os profissionais, com relações se estabelecendo de forma horizontal entre todos os atores envolvidos, desde os profissionais até os usuários do serviço (Schneider, Souza, Nasi, Camatta, & Machineski, 2009a). Os autores concluem seu estudo colocando a respeito da necessidade do profissional aceitar as limitações de sua área de atuação, reconhecendo que as diferentes dimensões do sujeito somente serão atingidas e compreendidas a partir da interação de dois ou mais campos do saber.

A literatura científica, tanto nacional quanto internacional, é bastante negligente em relação a questões relativas à satisfação profissional dentro da atenção em saúde mental, apesar de ser tema de suma importância do conhecimento de quão satisfeito o profissional se encontra na hora de se elaborar e planejar as políticas públicas (Rebouças, Abelha, Legay, & Lovisi, 2008). Um estudo realizado com profissionais de quatro serviços de saúde mental do Rio de Janeiro demonstrou nível intermediário de satisfação para mais da metade dos entrevistados, não havendo diferenças significativas entre profissionais de serviços hospitalares e comunitários (CAPS), divergindo de estudos realizados nos Estados Unidos e Europa (Howard & Holmshaw, 2010). Este último estudo identificou que quanto maior a escolaridade, menor o nível de satisfação entre os profissionais estudados.

Outro fator a ser levado em consideração é a ambiência terapêutica, caracterizada pela incorporação de aspectos relacionados à

estrutura física, aos recursos humanos e às relações sociais de trabalho na busca do conforto e da qualidade; a sua ausência ou deficiência terá como consequência o desgaste e a sobrecarga nos trabalhadores, repercutindo assim no atendimento oferecido, prejudicando a reabilitação psicossocial (Olschowsky, Glanzner, Mielke, Kantorski, & Wetzel, 2009). A deficiência dessa ambiência é verificada em vários estudos, que colocam como fatores determinantes para essa condição a precariedade dos vínculos empregatícios, somada ao fato de a maioria dos imóveis onde se localizam os CAPS serem alugados, impedindo assim as adaptações necessárias para as particularidades de cada serviço (Mello & Furegato, 2008; Bezerra & Dimenstein, 2008; Olschowsky, Glanzner, Mielke, Kantorski, & Wetzel, 2009; Nascimento & Galvanese, 2009; Campos, Furtado, Passos, Ferrer, Miranda, & Gama, 2009). Pesquisa realizada com profissionais da saúde mental do estado do Mato Grosso apontam baixo nível de satisfação com as condições de trabalho e descontentamento com as modalidades de atendimento, potencializado pela falta de formação específica na área de atenção, o que promove um contexto com pouca possibilidade de percepção subjetiva do sujeito e o trabalho desenvolvido e a consequente limitação da promoção de autonomia e reinserção dos usuários (Rézio & Oliveira, 2010). Apesar de quase uma década de legislação específica, o aumento significativo da rede extra-hospitalar de atenção em saúde mental e a redução progressiva do modelo manicomial, ainda temos um quadro preocupante nas condições em que se dão o trabalho nos dispositivos de atenção.

Em relação à questão da drogadição, foco dessa pesquisa, a situação é ainda mais alarmante, dado a pressão social em relação ao tema e a ampla cobertura da mídia, que nem sempre se aprofunda no debate e pouco discute à respeito da reforma no modelo de atenção. A forma de tratar esse fenômeno repete-se também no exterior, dada a dificuldade de se encontrar estudos que traçam o perfil dos profissionais que lidam com a problemática das drogas. Em estudo realizado com profissionais de uma unidade hospitalar para tratamento de usuários de drogas, nos EUA, procurou-se identificar e explorar as atitudes e experiências de uma equipe multidisciplinar no atendimento a pessoas com a comorbidade de problemas de saúde mental e uso de substâncias ilícitas (Howard & Holmshaw, 2010). Os autores destacaram a importância da formação para apoiar a equipe no trabalho com doentes mentais que usam drogas ilícitas, e como isso afeta positivamente a atitude do pessoal em relação aos pacientes com esses problemas. Os

resultados mostraram que os profissionais que receberam treinamento específicos em atenção a usuários de drogas ilícitas apresentaram menos atitudes negativas quanto a esse público, independentemente de sua experiência de trabalho clínico ou do tipo de ambiente de trabalho (Howard & Holmshaw, 2010). As recomendações são feitas sobre a importância do treinamento e pessoal de apoio para o desenvolvimento de atitudes menos negativas para com este grupo de clientes. Em estudo realizado acerca da reorganização da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, em Vitória, no Espírito Santo, verificou-se um amplo investimento na estrutura, que foi construída com o apoio da União Europeia e teve na Reforma Psiquiátrica os seus pressupostos teóricos (Reis & Garcia, 2008). Entretanto, esse mesmo estudo aponta para o pouco investimento que foi feito em recursos humanos, tanto na formação, quanto na contratação, que apresentam as mesmas precariedades evidenciadas em estudos discutido anteriormente.

A chamada Reabilitação Psicossocial tem sido o foco das discussões acerca do novo modelo de atenção em saúde mental, onde se incluem as ações em relação à drogadição. Os profissionais percebem as oficinas terapêuticas (culinária, fuxico, pintura etc.) como importante instrumento de facilitação e promoção da socialização e independência dos usuários, além de possibilitarem a circulação pelo território e ampliarem a rede social e cultural dos mesmos (Pinho *et al.*, 2009). Apesar dessa compreensão, os serviços apresentam dificuldades em transformar os produtos das oficinas como recursos de troca social e material, não cumprindo assim a função de geração de renda, além de possuírem uma característica da psiquiatria tradicional, que é a função de entretenimento (Pinho *et al.*, 2009), ou seja, deixa-se de lado uma ação fundamental no processo de reinserção social, que é a possibilidade de desenvolvimento de uma nova função social, e mantém a antiga concepção de ocupar o usuário para que o mesmo consiga se manter longe das drogas, condizente com uma racionalidade teológica e metafísica. As atividades externas e as parcerias intersetoriais também são percebidas pelos profissionais como tendo potencial de Reabilitação Psicossocial, podendo “instrumentalizar o sujeito para que ele volte a ser capaz de atuar na sociedade e conquistar sua autonomia” (Pinho *et al.*, 2009, p. 1263).

O fato de ainda existir uma significativa lacuna de estudos que contemplem as concepções profissionais a respeito do novo modelo de atenção em saúde mental e na atenção a usuários de álcool e outras drogas, por si só já é um grande desafio para os cientistas e,

consequentemente, para os gestores das políticas públicas de saúde. A situação fica mais preocupante ainda, quando se leva em conta os estudos aqui apresentados, pois, apesar de alguns investigarem também as concepções de usuários e familiares, nenhum incorporou os profissionais que não apresentavam curso superior de formação, negligenciando o papel dos zeladores, técnicos de enfermagem, vigias, recepcionistas, dentre outros, no processo de intervenção, apresentando uma racionalidade científica hegemônica e negligenciando assim o papel fundamental de atores que estão diretamente em contato com os usuários e, muitas vezes, possuem maior vínculo com os mesmos.

2.6. Equipe de CAPSad e Formação Profissional – Análise de dois estudos exploratórios

Durante a consulta nas bases de dados, que subsidiou a construção desta revisão da literatura, foram encontrados dois estudos com delineamento e objetivos semelhantes ao proposto por nosso estudo, fazendo-se importante uma análise dos mesmos em separado das demais produções encontradas.

Souza *et al.* (2007) e Moraes (2008) realizaram estudos qualitativos, com utilização do método de observação participante, acerca do funcionamento de três CAPSad, sendo um do Rio Grande do Sul e dois de Pernambuco, respectivamente. Em ambas pesquisas os resultados mostraram a forte presença de resquícios do modelo médico-hospitalocêntrico e a falta de engajamento de parte dos profissionais, que foram identificados como fatores negativos para a consolidação da nova proposta de assistência.

Souza *et al.* (2007) realizaram 300 horas de observação do cotidiano do CAPSad em que realizaram seu estudo, cobrindo todas as atividades existentes no serviço, destacando positivamente a significativa interlocução com outros serviços da rede de assistência do município, exceto o Programa Municipal de Redução de Danos (PRD), mas pontuando negativamente a forma como ocorre a tomada de decisões, onde foi observada "a continuidade da verticalização típica de uma hierarquia baseada no modelo biomédico, cujos profissionais, que não eram especificamente da área médica ou 'psi', não estavam incluídos na escala de plantão de acolhimento e tinham um poder distinto nas decisões da equipe" (p.213). Os autores ainda destacaram que a relação profissional-usuário ainda configurava-se como uma relação de poder e havia a ideia de "periculosidade" com relação aos

usuários e a conduta de “prevenir os desvios de conduta” dentro do serviço; fato esse evidenciado na forma de ocupação do prédio onde o serviço estava instalado, com os técnicos no piso superior e os usuários permanecendo no piso inferior, junto com as oficinas de arte, utilizando o 2º apenas quando eram chamados para consultas individuais ou grupos. No artigo é feita a consideração quanto a essa atitude, classificada como sendo típica da racionalidade do modelo asilar, ao que se pretende contrapor o novo modelo de assistência (psicossocial), acrescentando que “dois modelos só serão contraditórios se a essência de suas práticas se encaminharem em sentidos opostos quanto a seus parâmetros de base” (p.213). Neste estudo também foram feitas observações no PRD, com o qual o CAPSad se limitava a receber os usuários por eles encaminhados, ou seja, o CAPSad mantinha uma interlocução com a maior parte da rede de assistência, mas possuía uma restrita relação com o outro serviço municipal de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, promovendo atuações “de forma independente e relativamente desconexa”. Nas considerações finais foram sugeridas capacitações, a fim de unificar as ações do CAPSad, do PRD e das Unidades Básicas de Saúde. Por último, os autores ressaltam a falta de engajamento dos profissionais as deficiências nas formações, o que reflete nas dificuldades para a manutenção de uma relação “horizontal” com os usuários.

O estudo de Moraes (2008) combinou o uso de grupo focal, observação participante e pesquisa documental em dois CAPSad de Recife (PE), objetivando presenciar o cotidiano das duas unidades e aproximar-se das percepções dos atores sobre o modelo e conhecer os projetos terapêuticos utilizados, identificando as contradições entre as práticas profissionais e suas repercussões na dinâmica do serviço. Constituiu-se em uma análise sistemática do percurso histórico da relação drogas-seres humanos, incluindo uma breve descrição da forma como as racionalidades contraditórias acerca do fenômeno da drogadição se formam e tornam-se paradigmas para estratégias de intervenção, caminhando do modelo biomédico ao psicossocial. Os dados foram analisados considerando-se as categorias: acolhimento, intersetorialidade, diminuição do preconceito, mudança de percepção sobre usuários, reintegração social, cuidados aos familiares, objetivo do tratamento e repertórios produzidos; elaboradas a partir da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Em todas as categorias verificou-se o reconhecimento da importância da política preconizada pelo órgão oficial, mas os

participantes relataram as dificuldades de se atender a esses princípios no cotidiano do serviço, uma vez que consideram a legislação distante do contexto ao qual estão inseridos. Como no estudo anterior, neste estudo também se verificou tentativas sobre comportamentos supostamente “desviantes” dos usuários. A abstinência era o objetivo maior a ser alcançado em ambos os serviços estudados, com os profissionais apresentando a compreensão de “a melhor forma de reintegrar-se à sociedade é deixando de usar drogas”. A abordagem da redução de danos foi colocada como uma possibilidade, ainda que se reforçasse a abstinência como meta ideal. Os autores concluem que, de modo geral, nas duas unidades pesquisadas “há a percepção de que o modelo descrito na Política de Atenção Integral ainda não faz parte do cotidiano de grande parte dos atores sociais”, compreendendo os usuários como doentes e não reconhecendo a saúde como um direito. Foi evidenciada uma concepção errônea por parte dos profissionais, que consideram que a abstinência é necessariamente o oposto da redução de danos, além de componentes que justificam a valorização de um saber técnico em detrimento de outros, perpetuando um modelo de atenção pautado em um “saber médico onisciente, onipotente e onipresente”.

Ambos os estudos anteriormente descritos apresentaram, entre os profissionais participantes, concepções baseadas predominantemente em um modelo jurídico-moral, subsidiado a uma racionalidade médica hegemônica, como um modelo verticalizado de atenção, que levam a interpretações distorcidas da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Os resultados desses dois estudos apontam para um contexto de contradições na relação entre as trajetórias acadêmicas e profissionais com as práticas e cuidados desenvolvidas dentro dos CAPSAd, com intervenções ainda baseadas em um modelo biomédico e moral. Essas contradições também são identificadas quando se compara tais práticas com as prerrogativas exigidas para a atenção nos novos modelos de atenção à saúde do SUS.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Compreender as racionalidades teórico-metodológicas dos profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e/ou Outras Drogas (CAPSad) e suas implicações para as práticas e cuidados do serviço e para o projeto terapêutico institucional.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar as trajetórias e experiências dos profissionais do CAPSad;
- Verificar as concepções dos profissionais em relação à Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas;
- Verificar as concepções dos profissionais em relação e ao modelo de atenção do dispositivo CAPSad;
- Identificar as implicações das racionalidades de cada profissional nas práticas e cuidados do serviço;
- Identificar o projeto terapêutico institucional e como o mesmo foi construído;

4. MÉTODO

4.1. Caracterização e Delineamento da Pesquisa

Esta pesquisa se caracterizou por ser um estudo qualitativo exploratório-descritivo, com delineamento de estudo de caso.

Constitui-se em uma pesquisa qualitativa, dado o objetivo geral de compreender o fenômeno das racionalidades teórico-metodológicas, caracterizando e analisando as significações presentes nos discursos e ações dos sujeitos de pesquisa. Entende-se por pesquisa qualitativa aquela que trabalha predominantemente com informações coletadas pelo pesquisador não expressa em números, estando associada à coleta e à análise de texto (falado e escrito) e à observação direta do comportamento (Moreira, 2002). Em outra definição, Campos (2004) descreve a pesquisa qualitativa como uma estratégia baseada em dados coletados em interações sociais ou interpessoais, analisadas a partir dos significados que participantes e/ou pesquisador atribuem ao fato, com este último se propondo a participar, compreender e interpretar as informações.

Caracteriza-se por ser um estudo exploratório-descritivo, conforme definição de Campos (2004), tendo em vista seus objetivos de delinear e analisar as características das racionalidades teórico-metodológicas dos profissionais do CAPSad e suas implicações no contexto dinâmico da instituição.

4.2. Campo de Pesquisa

O estudo foi realizado em um Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e/ou Outras Drogas (CAPSad) de um município de médio porte de um estado do sul do Brasil.

A inserção no campo de estudo ocorreu em etapas gradativas, começando por um contato inicial com a coordenadora municipal de saúde mental e contato com membros da equipe em evento de capacitação. Posteriormente foram feitas duas visitas à unidade, sendo a primeira um conversa com um dos psicólogos e a segunda uma participação na reunião semanal da equipe, onde foram explicados os objetivos do estudo e negociada a data de início da coleta de dados. Esse processo ocorreu ao longo de cinco meses, envolvendo ligações telefônicas e visitas físicas. Essas etapas permitiram uma aclimação do pesquisador e facilitaram a entrada no campo de estudo, por distanciar o

estudo da gestão e aproximá-lo do público participante, uma vez que todos ficaram cientes de seus objetivos e método de ação antes da entrada em campo.

4.3. Participantes

Participaram deste estudo todos os profissionais inseridos em uma equipe de CAPSad de um estado do sul do Brasil, totalizando 16 participantes, independente do tempo de formação e atuação no serviço. A equipe é composta por profissionais das seguintes categorias: psicologia, enfermagem, técnico de enfermagem, serviço social, medicina, terapia ocupacional, técnico administrativo, zeladoria, professora de artes e recepcionista.

4.4. Instrumentos para a Coleta de Dados

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a observação participante que subsidiou, juntamente aos dados da revisão da literatura, a elaboração de um roteiro de entrevista semi-estruturada (Anexo 03), que foi aplicado junto aos profissionais da unidade.

Dado a necessidade de imersão no contexto do CAPSad onde estão inseridos os profissionais, o que propiciou uma maior compreensão das práticas individuais e coletivas de atenção ao usuário, foi utilizada a Observação Participante, conceituada como uma estratégia de campo que combina ao mesmo tempo a participação ativa com os sujeitos, a observação intensiva em ambientes naturais, entrevistas abertas informais e análise documental (Moreira, 2002). Para registro das observações utilizou-se o Diário de Campo, que consiste no caderno de notas do que é observado e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista, constando impressões pessoais, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados, dentre outros aspectos (Minayo, 2008).

A entrevista semi-estruturada foi escolhida como instrumento em virtude na necessidade de se compreender as concepções teórico-metodológicas dos profissionais em relação ao uso/abuso/dependência de substâncias psicoativas, da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e /ou Outras Drogas e ao modelo de atenção do CAPSad. Minayo (2008) caracteriza uma entrevista semi-estruturada como sendo a combinação de perguntas fechadas e abertas, em que o

entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada. A autora ainda salienta que esse tipo de entrevista facilita a abordagem e assegura aos investigadores que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa. As entrevistas foram registradas em gravador digital de voz e posteriormente transcritas.

4.5. Procedimentos de Coleta de Dados

Para a coleta de dados, as observações e entrevistas foram organizadas da seguinte maneira: (a) inicialmente foram realizadas observações durante o ciclo de uma semana, cobrindo todos os turnos de funcionamento da instituição, sendo que esse primeiro momento subsidiou, juntamente com o aporte teórico do presente estudo, a construção das entrevistas; (b) realização das entrevistas semi-estruturadas, que foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra; (c) após as entrevistas foi realizada uma nova observação, a fim de propiciar ao pesquisador uma oportunidade de observar aspectos emergidos na fala dos profissionais e que não tenham sido aprofundados na primeira observação. O segundo momento de observações ocorreu em dois dias, conforme necessidades verificadas pelo pesquisador quando do momento da coleta. As observações totalizaram 70 horas.

4.6. Análise de dados

Para a análise dos dados foi utilizada a metodologia qualitativa da análise de conteúdo, segundo o modelo sugerido por Olabuénaga (1999). Nessa perspectiva compreende-se que o *texto* (a transcrição das entrevistas registradas em gravador digital de voz e o registro das observações no diário de campo) sempre implicará em um *contexto*, ou seja, em um conjunto de sentidos, significados, racionalidades subjacentes às concepções explicitadas pelos profissionais do serviço.

As observações, que foram registradas no diário de campo, foram organizadas conforme o turno (matutino e vespertino) e o dia em que foram realizadas. Em um segundo momento, os registros foram organizados entre as atividades fixas (Estruturação Geral do Serviço) e de caráter dinâmico (Dinâmica de funcionamento e Interdisciplinaridade do Serviço) da unidade investigada. Após a elaboração das subcategorias, optou-se pela criação de uma terceira categoria, contemplando as questões relativas ao relacionamento interpessoal.

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas em sua íntegra, com um trabalho de imersão do pesquisador junto ao *corpus* de estudo, com várias releituras das respostas. Em um segundo momento, as respostas foram agrupadas considerando-se a sua adequação com os eixos norteadores das entrevistas e os objetivos específicos da pesquisa, a saber: trajetórias profissionais e acadêmicas, relação com o serviço e o modelo de atenção preconizado e as concepções acerca dos processos envolvendo a drogadição na atualidade. Assim, as respostas foram sendo agrupadas em categorias e subcategorias, conforme a similaridade entre elas. Nos quadros adiante serão apresentados as categorias deste estudo e suas respectivas subcategorias e elementos de análise.

4.7. Aspectos éticos da pesquisa

Para realização deste estudo foi solicitado uma autorização, por escrito, da Secretaria Municipal de Saúde, através do Coordenador Municipal de Saúde Mental (Anexo 02). Tendo em vista constituir-se uma pesquisa com seres humanos, foram considerados os parâmetros da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, além da prévia submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovado sob nº 622. As entrevistas foram realizadas a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 01), com informações a respeito dos objetivos da pesquisa e a garantia de sigilo quanto à identidade dos participantes.

5. RESULTADOS

5.1. Caracterização dos Participantes

Este estudo foi realizado em 2010, com um total de 16 profissionais de um CAPSad, sendo 02 psicólogos, 03 assistentes sociais, 02 terapeutas ocupacionais, 02 médicos e 07 profissionais sem nível superior de ensino. Quanto ao gênero, participaram 12 mulheres e 04 homens. 13 tinham vínculo como servidor efetivo, sendo que 02 tinham contrato temporário e 01 ocupa cargo comissionado por indicação política. A grande maioria cumpria 30 horas de serviço (10 profissionais), sendo que 03 faziam 40 horas, 02 faziam 10 horas e 01 fazia 02 horas. Os dois profissionais inseridos há mais tempo no CAPSad estavam há 05 anos, sendo que o que estava há menos tempo tinha 01 mês de casa.

5.2. Descrição do Campo de Pesquisa

O Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad) deste estudo, está localizado em uma cidade com aproximadamente 185.000 habitantes e foi inaugurado no ano de 2005. Abaixo serão descritos as características desse serviço:

Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h, sem intervalo para almoço;

População-alvo: pessoas acima de 16 anos, residentes no município, que manifestem problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas;

Encaminhamento: atendimento por demanda espontânea, com os usuários podendo acessar diretamente o serviço, podendo também ser encaminhados por outras unidades de saúde e/ou outros órgãos intersetoriais;

Atendimentos: conforme dados da unidade referente ao mês de junho/2010, o serviço apresentava 130 usuários com Projeto Terapêutico Individual (PTI) e 200 sem tal projeto, totalizando um fluxo de 330 pessoas.

Tratamento: O tratamento inclui intervenção farmacológica, psicoterapia, atendimento em terapia ocupacional e de enfermagem. Os procedimentos são: atendimentos em grupo e individual, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e encaminhamentos para internações.

O município em que o CAPSad estudado estava inserido possuía uma rede de atenção em saúde composta por: 40 unidades de

Estratégia de Saúde da Família, 02 Ambulatórios Gerais de Atenção Básica, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Canil e Núcleo de Controle de Zoonoses, 11 Unidades de Referência em Atenção Secundária (Saúde da Mulher, Programas da Saúde Mental, Policlínica, Saúde do Trabalhador, Centros de Diagnóstico, Centro para Doenças Infectocontagiosas, Centros de Odontologia e Centro de Práticas Integrativas e Complementares). Rede de Saúde Mental era composta por CAPS II, CAPSad e CAPSi, além de atendimentos em saúde mental realizados na Policlínica. Havia ainda a cobertura na atenção terciária por dois hospitais, sendo um filantrópico e outro universitário.

5.3. Categorias de Análise

A partir dos instrumentos e procedimentos de coleta de dados utilizados para este estudo, compreendidos pelos registros do diário de campo e pelas transcrições das entrevistas, foram construídas 08 (oito) categorias de análise, sendo 03 (três) a partir das observações e 05 (cinco) a partir das entrevistas, que procuraram descrever a realidade da instituição pesquisada, compreendida pelas racionalidades teórico-metodológicas de seus profissionais e pelas práticas e cuidados desempenhados pelos mesmos diante dos usuários e demandas do serviço. Na sequência serão apresentados os quadros com as categorias e suas respectivas subcategorias e elementos de análise, subdivididas entre as categorias da observação e as categorias das entrevistas.

5.3.1. Apresentação das categorias e subcategorias da observação participante

Categoria	Subcategoria
Estruturação Geral do Serviço	Espaço Físico Benefícios Fluxograma e Agendamentos
Dinâmica de funcionamento e Interdisciplinaridade do Serviço	Acolhimento Plano Terapêutico Individual (PTI) Oficinas e Grupos Visitas Domiciliares Reunião de equipe
Relacionamento Interpessoal	Profissional-Profissional Profissional-Usuário-Profissional Intersetorialidade

Figura 1 – Quadro Geral das Categorias e Subcategorias de Análise da observação participante

5.3.2. Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise das entrevistas

Categoria	Subcategoria	Elementos de Análise
Trajetória Acadêmica	Formação na área de saúde	Graduação na área de área de saúde. Curso Técnico na área de saúde. Pós-Graduação na área de área de saúde.
	Formação na área de saúde mental	Estágio curricular da graduação na área de saúde mental. Pós-Graduação na área de saúde mental.
	Formação na área de atenção a usuários de álcool e outras drogas	Estágio curricular da graduação na área de atenção à usuários de álcool e outras drogas. Pós-Graduação na área de atenção à usuários de álcool e outras drogas. Curso à distância na área de atenção à usuários de álcool e outras drogas – SUPERA. Curso à distância na área de atenção à usuários de álcool e outras drogas – EAD-UFSC.
	Formação em outras áreas do conhecimento	Graduação em outras áreas do conhecimento. Pós-Graduação em outras áreas do conhecimento. Curso Técnico em outras áreas do conhecimento. Estágio extracurricular em outras áreas do conhecimento.
	Sem formação específica	Ensino Fundamental Ensino Médio

Figura 2 – Quadro da categoria “trajetória acadêmica” e suas subcategorias e elementos de análise das entrevistas

Categoria	Subcategoria	Elementos de Análise
Trajetória Profissional	Experiência na área de saúde	Experiência em ambulatórios e outras unidades de saúde pública. Experiência em hospitais gerais. Experiência em consultórios/clínicas particulares. Experiência no Programa DST/AIDS.
	Experiência na área de saúde mental	Primeira experiência em Saúde Mental. Experiência em projetos temporários e ONG na área de saúde mental. Experiência em outros CAPS. Experiência em hospital psiquiátrico.
	Experiência na área de atenção a usuários de álcool e outras drogas	Experiência em hospital psiquiátrico Experiência no Programa Redutores de Danos. Experiência em Comunidade Terapêutica. Experiência em Grupos de Autoajuda.
	Experiência em outras áreas de	Experiência em ONG e APAE. Experiência na área comercial e prestação de

	atuação	serviços. Experiência no Conselho Tutelar. Experiência em docência na graduação. Experiência em outras secretarias.
--	---------	--

Figura 3 – Quadro da categoria “trajetória profissional” e suas subcategorias e elementos de análise das entrevistas

Categoria	Subcategoria	Elementos de Análise
Relação com o Modelo de Atenção do CAPSad	Inserção no CAPSad	Transferência por solicitação via projeto intersetorial. Transferência involuntária de outra unidade de saúde. Transferência voluntária de outra unidade de saúde. Transferência diretamente do resultado de Concurso Público.
	Concepções dos profissionais em relação à política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas	Não conhece a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Droga. Conhece a política nacional, mas não leu e deu explicação errada. Já leu a política nacional, mas não soube ou não quis comentar. Está conhecendo agora a política nacional. Conhece a política nacional, mas explicou se referindo à legislação em saúde mental.
	Concepções dos profissionais em relação ao modelo de atenção do CAPSad	Não sabe ou não soube responder sobre o modelo de atenção do CAPSad. Redução de danos, respeitando os pacientes, não cobrando abstinência, mas orientando que esse é o ideal. Atendimento ambulatorial e multidisciplinar, sem internação. Abstinência total. Não existe proposta de atenção clara no serviço atualmente. Atenção “superficial” focada na intervenção em grupo.
	Sugestão para o aprimorament o do modelo de atenção do CAPSad	Não tem sugestões para aprimorar o modelo de atenção do CAPSad. Criar mais atividades, ocupando os usuários. Respondeu que é preciso criar mais atividades, conforme interesse dos usuários. Melhorar a retaguarda do serviço e aumentar o quadro de funcionários. Estabelecer parcerias intersetoriais públicos ou privados. Mais materiais para oficinas.

		<p>Capacitação para funcionários. Mais estudos conjuntos da equipe. Necessário uma supervisão do serviço. A equipe trabalhar em mais sintonia, com maior integração em suas ações. Atividades com foco na reinserção social e melhorar o fluxo de atendimento. Maior inserção dos familiares no tratamento.</p>
--	--	--

Figura 4 - Quadro da categoria “Relação com o modelo de atenção do CAPSad” e suas subcategorias e elementos de análise das entrevistas

Categoria	Subcategoria	Elementos de Análise
Concepções acerca da questão das Drogas na Atualidade	Drogas como sendo um problema social	<p>Não soube responder ou disse que é um problema sério sem posicionar-se. Compreensão da questão das drogas na atualidade baseada no perfil dos usuários na atualidade. Drogas na atualidade como um mal da sociedade, um sintoma do sofrimento da sociedade. Problema socioeconômico. Problema decorrente da mudança nos valores familiares, educacionais e culturais.</p>
	Responsabilização dos atores envolvidos no uso de drogas	<p>Compreensão da questão das drogas na atualidade baseada no papel da mídia, que não trata o tema da drogadição como deveria ser tratado. Culpabilização do usuário e a forma como se relaciona com o meio ao qual se encontra inserido. Problema das políticas públicas, que não tratam efetivamente da prevenção. Deveria se diagnosticar precocemente transtornos mentais, que são comorbidades ao uso de drogas.</p>
Concepções acerca das Razões para se usar Drogas		Não soube responder.
	Aspectos culturais e/ou situações sociofamiliares.	<p>Início do uso influenciado pela falta de estrutura familiar. Problemas educacionais. Uso relacionado com a criminalidade. Dificuldades profissionais. Padrão de repetição intergeracional. Falta de fé. Crença na impunidade. Sobrevivência em situações de vulnerabilidade social.</p>

	Aspectos emocionais	Carência afetiva. Baixa autoestima. Intolerância a frustrações. Fuga ou enfrentamento dos problemas. Falta de estrutura emocional. Busca de prazer.
	Transtornos mentais.	Depressão Ansiedade

Figura 5 - Quadro das categorias “Concepções acerca da questão das drogas na atualidade” e “Concepções acerca das razões de uso das drogas”, suas subcategorias e elementos de análise das entrevistas.

6. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1. Descrição e Discussão das categorias e subcategorias da observação participante

As observações, realizadas em julho de 2010, propiciaram uma significativa fonte de informação, que forneceu subsídios para a compreensão da dinâmica de funcionamento do CAPSad referência para este estudo. Sendo assim, optou-se pela categorização de tais observações em espaço separado das entrevistas, a fim de melhor explicitar tal dinâmica. As categorias foram divididas em aspectos estruturantes (Estruturação Geral do Serviço) e aspectos funcionais (Dinâmica de funcionamento e Interdisciplinaridade do Serviço e Relacionamento Interpessoal) do serviço.

A. Estruturação Geral do Serviço

- **Espaço Físico**

O horário de funcionamento do serviço (07h às 19h) estava de acordo com o previsto em portaria (GM 336/2002), com uma estrutura de fácil acessibilidade, embora situado em uma região periférica do município, com pouca circulação de transporte público. A estrutura física da unidade é dividida em dois pisos. No primeiro piso, de circulação livre para os usuários, encontravam-se a recepção, a sala das assistentes sociais, a copa, a cozinha, o ambulatório de enfermagem, leitos para desintoxicação, a sala de atendimento médico e a sala de oficinas.

Na recepção encontrava-se um quadro de horários de trabalho dos profissionais e cronograma de atividades semanais, mas ambos estavam desatualizados, além de não informar o profissional responsável por cada atividade. Esse espaço também contava com 01 aparelho de TV e vários cartazes informativos (Outros serviços públicos, CVV, AA, Disque Saúde, Linhas/horários de ônibus, Cursos Técnico-Profissionalizantes e Vagas de emprego), além de mesa com produtos das oficinas do serviço (Bazar). Nesta sala ficava disponível café para os usuários do serviço durante todo o dia. Na recepção encontrava-se uma caixa de sugestões “Fale com a Saúde” fechada com cadeado, onde somente funcionários da Secretaria de Saúde tinham acesso e, segundo um dos profissionais, “desde que está na unidade somente uma vez

vieram buscar” e acredita que “nem sugestões existem dentro da caixa” (SIC). Essa situação leva a questionar qual a finalidade de uma caixa de sugestões neste caso, uma vez que os funcionários na unidade desconhecem os procedimentos para coleta da mesma e não tem acesso direto ao seu conteúdo e, conseqüentemente, não há nenhum incentivo para que os usuários façam suas sugestões. Não foi observado nenhum outro espaço para que os usuários colocassem suas opiniões acerca do atendimento recebido, fazendo-se necessário otimizar a utilização da caixa de sugestões deveria ser utilizada melhor, evitando-se assim a verticalização da atenção, típica do modelo hegemônico de autoridade do profissional frente aos processos terapêuticos, que desconsidera a singularidade de cada sujeito frente à sua condição.

A sala de oficinas apresentava um espaço físico que, apesar de pequeno (aproximadamente 3,0 X 6,0m), estava bem otimizado quanto à utilização, com várias estantes contendo os materiais e produtos das diversas oficinas do serviço. Possuía um cronograma das atividades semanais atualizado, diferente do que estava disposto na recepção do serviço. Os 04 leitos destinados à desintoxicação eram utilizados livremente ou por prescrição médica, não havendo protocolo específico para tal procedimento, sendo que, em vários momentos da observação, haviam usuários ocupando os mesmos para “descanso”. Embora o descanso possa ser uma estratégia de acolhimento ao usuário pelo serviço, seria importante que houvesse algum critério para utilização de tais leitos, pois, em alguns momentos, o usuário era procurado pelos profissionais para as atividades do serviço e não era encontrado, sendo que permanecia no leito sem que ninguém soubesse. Essa situação vai ao encontro de outros momentos da observação, onde se evidenciou um distanciamento entre profissionais e usuários, com a equipe apresentando uma postura de aguardar uma ocorrência para intervir, não estruturando estratégias de ações preventivas quanto a problemas de fluxograma e seguimento das regras de funcionamento do serviço.

No segundo piso encontravam-se a sala dos psicólogos, a sala de reuniões, a sala de grupos, a sala administrativa, o banheiro, uma área livre com sofá e TV (não utilizada) e uma sala que fica fechada e sem uso específico. O acesso a essa parte da unidade se dava por meio de uma escada de difícil uso para portadores de limitações ou deficiência física. Os usuários somente utilizavam esse piso com autorização dos profissionais, mesmo havendo espaço livre em uma “área de convivência”. E16 colocou acerca da resistência de membros da equipe em disponibilizar espaço de convivência para usuários, que por conta

própria acabam utilizando a recepção para tal finalidade.

O serviço contava ainda com uma ampla área externa, onde tem um jardim e um estacionamento, que é utilizado exclusivamente pelos profissionais do serviço. E16 informou que estavam buscando outro espaço físico para alugar, com previsão para mudança no final do ano.

- **Benefícios**

O serviço fornecia três refeições diárias, sendo lanches (matutino e vespertino) e almoço, para usuários que estavam com atividades agendadas em dois turnos ou por critério de avaliação de um dos profissionais de nível superior da equipe. Havia ainda o fornecimento de vale-transporte e o serviço conta com estoque de medicação para uso interno. Esses procedimentos vão ao encontro do previsto em portaria (GM 336/2002), mas se observou uma dificuldade de comunicação da equipe, quando questionada acerca dos critérios para liberação de almoço e para dispensação de vale-transporte, conforme a fala de um dos funcionários: “desconheço tais critérios... acho que os mesmos não existem”.

Tais benefícios são essenciais para que os usuários consigam ter acesso ao tratamento, considerando a distância do serviço aos locais de moradia dos usuários e a região periférica da cidade onde o mesmo se localiza. Sendo assim, torna-se inviável para que um usuário, que tem agendamentos em dois turnos, ir até sua casa para almoçar e retornar a tempo de realizar as atividades previstas, bem como, dado as condições socioeconômicas, ir ao serviço várias vezes por semana sem ter a liberação de vale-transporte. Por outro lado, o almoço e o vale-transporte envolvem recursos financeiros, com impacto importante no orçamento previsto para a unidade, de forma que devem ser usados com critério. O conhecimento do critério para liberação de tais benefícios, por parte de todos os profissionais, poderá evitar uma possível suspensão pela autoridade municipal, que irá cobrar a justificativa desses gastos.

- **Fluxograma e Agendamentos**

O serviço não apresentava um fluxograma formal e estabelecido, isto é, embora existisse um fluxo de atendimento na prática, o mesmo não estava descrito em nenhum lugar do serviço e nenhum profissional questionado soube responder como se dava a

elaboração do plano de atendimento individual (PTI) do usuário desde o acolhimento até as condutas de intervenção e cuidados propriamente ditas. Foi observado que o usuário, após o acolhimento, era agendado para uma Entrevista Inicial, onde se elaborava seu PTI e demais agendamentos (consulta médica, enfermagem, psicologia etc.). Nem todos os profissionais sabiam dessa sequência. A ausência de um fluxograma claro e objetivo faz com que os profissionais envolvidos na atenção não conheçam a totalidade do atendimento prestado e, conseqüentemente, não exista uma interlocução entre as atividades ofertadas, conforme verificado durante as observações.

O controle de agendamentos era feito manualmente, uma vez que a recepção não possuía computador, sendo que nos momentos em que se fazia necessário a consulta em tal aparelho, disponível apenas na sala administrativa, no segundo piso, os funcionários da recepção se deslocavam para tal sala, deixando a recepção livre. Essa situação ocorria com certa frequência e era comum a chegada de usuários para atendimento em momentos em que a recepção estava sem o profissional responsável, o que gerava alguns transtornos, pois os demais usuários acabavam fazendo a função de acolhedor. Essa situação também ocorria por motivos que não competem à função de recepcionista, como, por exemplo, quando uma das recepcionistas deixa seu espaço de trabalho para fazer “bolinhos de chuva” para os usuários, na cozinha, mesmo havendo uma profissional para cuidar deste ambiente. Quando questionados sobre tal situação, os demais profissionais relataram que esse tipo de atitude da funcionária era comum, acontecendo “inclusive em outras situações” e que a mesma ignorava os apelos da equipe para que não fizesse uma função que não era de sua competência. A coordenação do serviço era alheia a este tipo de ocorrência, seja por não circular pelo serviço e também pelo fato dos profissionais não a informarem sobre tal fato.

A consulta com médico psiquiatra somente era realizada com encaminhamento do clínico geral, quando era evidenciada a necessidade de prescrição de medicação controlada. Essa conduta possibilitava o controle do uso indiscriminado da farmacoterapia, mas por outro lado restringia o acesso dos demais profissionais ao médico psiquiatra, que acabava por ter uma função paralela dentro da intervenção, como se não fizesse parte da equipe e do processo de atenção aos usuários. Isso era evidenciado pelo pouco contato da equipe com o profissional, que não lia as anotações dos mesmos em prontuário e tomava condutas divergentes daquelas pactuadas durante as discussões realizadas nas

reuniões do serviço, em que raramente estava presente.

B. Dinâmica de funcionamento e Interdisciplinaridade do Serviço

• Acolhimento

O serviço possuía uma escala entre os profissionais para fazer o acolhimento de usuários, mas não havia uma função definida para o profissional acolhedor. A situação abaixo exemplifica a forma como os usuários eram acolhidos no serviço:

“Em um momento em que havia várias pessoas para acolhimento na recepção apenas E15 estava no serviço e estava em atendimento pré-agendado. Na recepção estava ocorrendo um conflito entre um familiar e um usuário, não havendo ninguém para realizar o atendimento ou intervir na situação. Após cerca de uma hora em que o serviço estava aberto, chegou E11, que acabou por chamar o usuário para atendimento, deixando seu familiar na recepção, junto com outros usuários, sem notar o conflito. O familiar ficou questionando várias situações do serviço, inclusive fazendo elogios a outros serviços (‘No CAPS II o atendimento é melhor do que aqui’). O plantonista do turno (E3), chegou com mais de uma hora de atraso, sem ter apresentado nenhuma justificativa ou ligado para informar que não chegaria no horário. Após acolher outro usuário, E3 vai para o segundo piso, onde permanece até o fim de seu plantão, ficando alheio às ocorrências do serviço e fazendo outras atividades, de cunho particular.”

Os demais profissionais também apresentavam comportamento semelhante ao descrito, conforme outras observações, com cada categoria profissional permanecendo em suas respectivas salas de atendimento nos momentos de plantão, não interagindo com os usuários. O plantão acabava sendo um momento ocioso e pouco produtivo, não constituindo um momento efetivo de intervenção e escuta dos usuários e/ou familiares. Também foi verificado que se fazia agendamentos de Entrevista Inicial durante o plantão, o que evidenciava que não havia no serviço uma função clara para o profissional de plantão.

• Plano Terapêutico Individual (PTI)

O Plano Terapêutico Individual (PTI), no qual constará a forma como o usuário será atendido na unidade, as atividades das quais irá

participar e o número de dias de comparecimento por semana, era construído junto ao usuário, durante a Entrevista Inicial, agendada após o acolhimento. Após essa entrevista, eram agendadas as consultas com os demais profissionais (médico, psicólogo, assistente social e enfermagem). Havia uma confusão entre os agendamentos e o PTI, sendo que em alguns momentos eram sinônimos e em outros, atividades paralelas. A equipe pouco conversava acerca do PTI dos usuários, havendo significativa diferença de condutas entre os turnos de funcionamento da casa. Os usuários não conseguiam explicar o tratamento recebido, bem como dizer quais os seus PTI.

Alguns profissionais possuíam condutas diferentes, realizando a entrevista inicial já no primeiro acolhimento. Um exemplo disso foi a entrevista realizada por E9, que a realizou no primeiro contato com um usuário, que estava acompanhado da esposa. A profissional concentrou todo o atendimento nas questões do protocolo impresso, deixando de acolher a demanda trazida pelo usuário, mesmo com este começando a chorar, apresentando vários sintomas depressivos, todos ignorados e sem nenhum questionamento a respeito. Não foram questionados os danos percebidos pelo usuário quanto ao seu uso de drogas, com os questionamentos focados no padrão de consumo. E9 ainda utilizou o termo “limpo” para questionar se o usuário estava abstinente e utilizou-se de conselhos morais como “Quando a pessoa quer, sempre tem solução”. A entrevista terminou com agendamento de consulta com clínico geral, encaminhamento para o grupo de acolhimento e Entrevista de Saúde com a mesma profissional.

As técnicas de enfermagem eram responsáveis por realizar a Entrevista de Saúde, uma vez que a unidade não possuía um enfermeiro na época das observações. Essa entrevista consistia em uma avaliação geral das condições físicas do usuário. As profissionais apresentavam bastante dificuldade em articular essa entrevista, sendo que a equipe não compreendia sua utilidade, além do fato de ser uma atividade focada em sintomas físicos, o que fazia com que as responsáveis pela mesma acabem por ignorar as demandas de ordem emocional dos usuários. Em uma das entrevistas observadas, o usuário trouxe uma série de demandas de alterações de humor e sintomas ansiosos, mas a profissional insistiu no exame físico, agendando uma consulta com o clínico geral, independente dos apelos por um atendimento com psicólogo, além do fato de questioná-lo sobre o uso de bebida alcoólica, sendo que o mesmo já havia esclarecido que era usuário de crack, o que foi ignorado. A profissional definiu a entrevista de saúde para o usuário como sendo um

“conjunto de informações complementares para o médico” e que “devido ao tempo não é possível acolher as demandas do usuário”.

Verifica-se que ocorre uma distância entre os princípios do Movimento Sanitário e da Reforma Psiquiátrica e as ações de muitos profissionais neste CAPS, como é o exemplo retirado desta observação, na qual a profissional reproduziu a racionalidade hegemônica do modelo biomédico, onde o profissional é o “dono” do atendimento e o usuário deve acolher suas decisões, desconsiderando suas demandas específicas.

O atendimento com médico psiquiatra era dividido com o CAPS II, sendo que o profissional ainda era responsável por fazer perícias médicas para o INSS, utilizando durante um turno/semana o espaço físico do CAPSad. O serviço não conseguia manter um fluxo definido nem para as atividades previstas, mas os profissionais médicos faziam atendimentos relativos a outras competências dentro do espaço físico, como, por exemplo, um atendimento de urgência realizado a uma usuária que estava em fila de espera do Ambulatório de Saúde Mental, que decidiu, espontaneamente, procurar o CAPSad, pois não podia esperar. A equipe percebia esse tipo de situação e a questionava em conversas paralelas, mas não se posicionava junto à coordenação. Novamente a autoridade do profissional médico se sobressai perante a dinâmica do serviço, com a falta de um fluxograma e de um protocolo de atenção definidos, o que poderia impedir tais ocorrências.

- **Oficinas e Grupos**

O serviço apresentava várias atividades coletivas ao longo da semana, no formato de oficinas e de grupos terapêuticos.

As oficinas terapêuticas ocorriam em sala específica, sendo conduzidas pelas terapeutas ocupacionais, com o auxílio de uma professora de artes contratada em uma delas (Oficina de pintura). O serviço contava com um mínimo de recursos suficiente para a realização dessas atividades. Não havia o envolvimento de outras categorias com as atividades das oficinas. Apesar de haver um cronograma para sua realização, não havia um tempo limite para a entrada dos usuários na atividade, que entravam e saíam da sala constantemente, com pouca interação com o profissional responsável, sendo que o profissional não chamava os usuários para a atividade, entrando na sala e esperando os mesmos virem voluntariamente. A situação abaixo exemplifica a forma como se dá a relação dos usuários com a atividade e a forma como os demais profissionais entendiam a mesma.

“Durante a observação da oficina de pintura, a professora de artes estava conduzindo a atividade sem a terapeuta ocupacional responsável, que estava trabalhando em outro turno, cobrindo férias de outra profissional. A mesma desconhecia a formação profissional e os motivos da ausência da responsável, sendo que foram os usuários que informaram o observador. Os usuários referem-se à oficina como uma aula, o que é reforçado pela condutora da atividade. E15 interrompeu a oficina e retirou um dos usuários, que estava no meio de sua atividade de pintura, sem consultar a responsável. Após algum tempo, E11 traz o usuário de volta, mas o mesmo pede para não mais participar da atividade. Nenhum dos profissionais se posiciona e o usuário acaba por sair por conta própria. A profissional sai da sala sem fazer um fechamento e vai embora, sendo que três usuários ainda permaneciam na atividade”.

A atividade era desconectada do serviço e, no exemplo citado, a situação foi ainda mais preocupante, uma vez que a profissional ia ao serviço apenas uma vez por semana, não interagindo com os demais profissionais e, muitas vezes, apresentando condutas diferentes das normas da unidade, como liberar que os usuários levem os quadros pintados para casa. A atividade era um recorte representativo da forma como as outras intervenções ocorriam, com os profissionais apresentando uma postura não promotora da reflexão e criatividade dos usuários, pois não havia um planejamento e nem um fechamento da mesma. Além disso, alterações emocionais, como, por exemplo, uma usuária que começou a chorar subitamente (O observador a questionou posteriormente e a mesma informou que estava com problemas judiciais e a filha havia lhe sido tirada), não eram pontuadas e nem levadas para os demais da equipe, passando alheias durante a atividade. Essa postura também foi evidenciada em outras oficinas, conduzidas por outras profissionais. As oficinas apareciam com a função clássica que possuía dentro das instituições asilares, que era a de ocupar os usuários, de entretenimento, sem função terapêutica de reinserção social, além de não respeitarem os horários pré-estabelecidos para seu início e término, com os usuários apresentando dificuldades de compreensão de seu significado. Um fato que evidenciou isso foi uma oficina em que a profissional, por questões de saúde, atrasou-se mais de uma hora e nenhum profissional assumiu a atividade, que só começou com a chegada da responsável. Nesse caso o atraso havia sido informado no dia anterior. Em situações assim, questiona-se como os usuários conseguirão elaborar projetos de vida e reorganizar-se enquanto parte da

sociedade em um ambiente confuso e em atividades contraditórias, sem limites e referência profissional.

Os grupos com usuários e familiares eram realizados exclusivamente pelos psicólogos e assistentes sociais do serviço, com os primeiros coordenando os grupos terapêuticos com usuários e os segundos coordenando os grupos de orientação familiar. O serviço contava ainda com um terceiro grupo com usuários e familiares, chamado de grupo de acolhimento.

Os grupos terapêuticos do serviço eram as atividades com maior regularidade da unidade de saúde, seja pelos horários, seja pelos profissionais, que eram fixos e as atividades programadas de forma que facilita a orientação dos usuários quanto ao cronograma de seu PTI. Os grupos eram coordenados pelos dois psicólogos da unidade, que apresentavam posturas bastante diferenciadas na condução e na relação com os usuários. O primeiro tinha um cuidado ético de pedir autorização por escrito aos usuários em todas as atividades que envolvem produções e fotos do grupo, mas em vários momentos utilizava-se de referências a outros grupos realizados, onde nem todos os usuários estavam presentes, não havendo nenhuma explicação ou orientação a respeito, além de apresentar um discurso intelectualizado, de difícil compreensão. O resultado era dispersão da atenção entre os participantes, com conversas paralelas, bem como a entrada e saída da atividade antes de seu término. Pontuou-se se a intelectualização do discurso do profissional seria decorrente da presença do observador, mas essa forma de lidar com usuários também foi verificada em outras situações da dinâmica do serviço (reuniões e discurso de outros profissionais durante a observação e nas entrevistas), além de também ser a forma como se relaciona com os outros membros da equipe.

O segundo profissional apresentava uma postura mais de escuta durante o grupo, procurando relacionar as discussões com as prerrogativas da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, como a Redução de Danos e a responsabilização, apesar da utilização de termos técnicos sem explicar aos participantes do que se tratavam (ex.: “profissional de referência”). Apesar da postura diferente, também deixava o grupo dispersar, com colocações e questionamentos ficando sem intervenção, como quando um familiar disse que “as reuniões no serviço são sempre a mesma coisa”. Ambos os profissionais não levavam as discussões dos grupos para as reuniões de equipe.

O grupo de acolhimento era uma atividade semanal, destinada a

usuários e familiares que estavam iniciando o tratamento e ainda não possuem ou não começaram PTI. Eram dois grupos que ocorriam simultaneamente, um para usuários que era conduzido por uma assistente social (E13) e outro para familiares, conduzido por um psicólogo (E14). O objetivo do grupo era acolher os usuários e orientá-los quanto aos seus PTI, além de questões gerais que envolviam o serviço e a modalidade de atenção. Como nas demais atividades do serviço, não havia um tempo limite para entrada de usuários na atividade, o que ocasionava várias interrupções quando as discussões já estavam adiantadas, com o profissional tendo que retroceder no assunto, ocasionando conversas paralelas entre aqueles que já haviam recebido a informação. Foi observado o grupo destinado aos usuários.

“Durante o grupo, foi abordada a questão da função da droga para os usuários, questionando-se os rituais de uso envolvidos e os danos provocados. Embora tenha buscado focar a atenção na função da droga para o usuário, E13 elaborou seu discurso na necessidade de redução ou abstinência do uso, utilizando Redução de Danos e Redução do Consumo como sinônimas, sem maiores esclarecimentos aos usuários. A atividade encerra-se após uma hora e meia de seu início, sem um fechamento. Após o grupo, alguns usuários informaram que já estavam cumprindo seus PTI e não sabiam o porquê de estarem no grupo de acolhimento”. Esse grupo não traça diretrizes, mas poderia ser feito antes do início do PTI, logo após o acolhimento individual (entrada no serviço), como abordagem motivacional e complementar.

- **Visitas Domiciliares**

A visita domiciliar, entendido como um importante dispositivo de atenção e oportunidade de intervenção extrasserviço, não era um procedimento instituído na dinâmica do serviço observado neste estudo, uma vez que constituía uma atividade exercida quase que exclusivamente por uma das assistentes sociais, que relatava uma “resistência das outras categorias profissionais em realizar visitas domiciliares”. Nas visitas acompanhadas, percebeu-se bastante desenvoltura da profissional na interlocução tanto com o usuário, quanto com os familiares, que deram retornos positivos à essa forma de acolhimento.

Embora constitua uma importante forma de intervenção, a visita domiciliar acontecia mais em decorrência do esforço de um profissional do que por uma conduta do serviço, com os outros profissionais ignorando tal atividade, ao mesmo tempo em que a profissional também

não levava as informações para a reunião de equipe, nem fazia as devidas anotações em prontuário dos usuários.

- **Reunião de equipe**

O serviço constava com dois tipos de reuniões de equipe, uma semanal, realizada nas tardes de segunda-feira, e outra diária, às 13h. A reunião semanal era destinada a reunir todos os membros da equipe para discutir assuntos que iam desde a proposta de um fluxo de atendimento a repasses da secretaria de saúde e discussão de casos. Apesar disso, existia uma dificuldade em contar com a presença dos profissionais médicos nesta reunião, sendo que o médico psiquiatra raramente participava e o médico clínico geral chegava sempre atrasado e saía antes de seu término.

A reunião semanal apresentou-se bastante confusa e sem pauta previamente estabelecida, com uma dificuldade da equipe em fechar os assuntos levantados para discussão, com dispersão e conversas paralelas. Durante as discussões começaram a aparecer algumas dificuldades da equipe quanto ao modelo de atenção do CAPSad, onde se confundiam as entrevistas iniciais com as triagens, desconhecimento do projeto do serviço, com alguns inclusive afirmando não existir. Em uma das reuniões observadas, a discussão de casos começou após mais de duas horas de seu início, de forma não planejada e sistemática, em um momento em que vários profissionais já não estavam presentes. A condução da discussão desses casos ficou a cargo de um grupo de profissionais com maior afinidade.

As reuniões diárias eram para ocorrer no formato de miniequipe, ou seja, com os profissionais presentes na unidade, às 13h, com o objetivo de discutir casos de usuários, ocorrências dentro do serviço e questões operacionais, que demandavam soluções mais urgente e não poderiam aguardar a reunião semanal. Em todos os dias de observação, a reunião ocorreu apenas uma vez, sendo que nos outros momentos não houve quórum suficiente para sua realização. Houve uma situação, por exemplo, em que um dos profissionais foi para a sala de reuniões no horário pré-estabelecido e, quando os demais chegaram (cerca de 20 minutos depois), o profissional saiu da sala dizendo que “já sabia que não haveria reunião”, fato que fez com que os demais também saíssem da sala, cancelando a reunião mesmo com questões importantes para serem discutidas.

As reuniões do serviço eram um reflexo da ausência de

protocolo ou fluxograma e da inexistência de uma comunicação eficaz entre os profissionais, a coordenação e a secretaria de saúde. A coordenação demonstrava dificuldades em organizar e sistematizar a execução dos procedimentos do CAPSad. Um exemplo disso, levantada em uma das reuniões, foi o agendamento de veículo para ações externas; dificuldade esta que não se justificava, uma vez que a saúde mental do município conta com veículo e motorista exclusivos para suas quatro unidades (CAPSad, CAPS II, CAPSi e Ambulatório de Saúde Mental), situação que poderia ser resolvida com uma escala semanal de utilização.

Outra situação a se considerar eram as dificuldades no relacionamento interpessoal no serviço, seja entre os próprios profissionais seja entre os profissionais e a coordenação, alternando-se momentos de dificuldades de transmissão de informações e condutas de cobrança de ações e iniciativas dos profissionais. Dado a complexidade dessas inter-relações, optou-se neste estudo em discuti-las em categoria separada.

C. Relacionamento Interpessoal

Esta categoria, embora faça parte do contexto da anterior, foi separada em decorrência de sua complexidade e das várias contradições observadas entre os atores envolvidos na atenção aos usuários do serviço estudado. A seguir discutimos as diferentes inter-relações observadas, entre os profissionais, profissionais com usuários e as relações estabelecidas com os outros setores da atenção.

- **Profissional-profissional**

O relacionamento entre os profissionais do serviço e dos mesmos em relação às coordenações local e municipal de saúde mental era difuso, com pouca comunicação e muitas contradições no que tange às condutas e informações frente aos usuários. Havia uma postura divergente de fácil identificação entre os profissionais que trabalham em turnos diferentes. Os profissionais do turno da manhã possuíam uma postura mais disciplinadora, seja com os usuários, seja com os colegas de trabalho, possuindo maior conhecimento técnico e melhor relacionamento com a coordenação do serviço. A equipe que trabalhava no período da tarde era mais flexível na disciplina e tinha maior tempo de inserção no serviço, ao passo que seu relacionamento com a

coordenação era de confronto e divergência de opinião, embora não diretamente.

A coordenadora municipal de saúde mental “em um ano no cargo veio ao serviço apenas duas vezes”, conforme relato de E13. A coordenação utilizava-se da estratégia de falar que “é uma cobrança da coordenação municipal” quando surgia algum impasse nas discussões com a equipe, que permanecia indiferente frente a tais ameaças.

Os profissionais realizavam constantes boicotes de informações e sabotagens em condutas em relação à coordenação e à própria equipe, com os acordos estabelecidos nas reuniões sendo conduzidos de forma diferente na atenção ao usuário. Um exemplo disso foi o agendamento médico feito pela coordenação, que consistia na avaliação para internação em Comunidade Terapêutica sem consultar previamente a equipe, justificando que “não havia evolução em prontuário do usuário que justificasse conduta diferente”. E13 pontuou que tal avaliação deveria ser feita em Unidade Básica de Saúde, enquanto que E12 questionou o porquê desta avaliação, se na referida instituição não há profissional disponível para interpretar os resultados de uma avaliação médica. O usuário envolvido em tal situação teve consulta no dia seguinte com E13, que, ao contrário do orientado pela coordenação, informou que o CAPSad não realiza avaliação e/ou encaminhamento para Comunidade Terapêutica.

Nas reuniões somente participavam os profissionais de nível superior, as técnicas de enfermagem e a agente administrativo. Essa situação colaborava para que houvessem dificuldades na compreensão pelos demais membros da equipe, uma vez que não participaram das discussões e os resultados destas não eram repassados em nenhum momento da rotina. A situação que melhor reflete essa confusão foi a postura de E7, que era a profissional que mais conversava com os usuários do serviço quando estes não estavam em atividades, com ações e comentários desconectados de toda a dinâmica do serviço e com condutas contraditórias às informações prestadas pelos demais profissionais. E7 estava no serviço há menos de um ano e desconhecia as de regras e rotinas dos atendimentos, o que foi evidenciado pela conduta de entrar e sair de grupos, oficinas, reuniões e atendimentos individuais durante suas ocorrências, interrompendo suas dinâmicas de forma repentina, inclusive fazendo comentários aos usuários. Os profissionais relataram que já solicitaram a profissional para evitar tais situações, mas “não tem mais o que fazer”. A coordenação, embora ciente dessas situações, não se posicionava a respeito.

A racionalidade com enfoque no modelo biomédico era a prática corrente do serviço, onde o investimento em exames laboratoriais e a consulta médica eram os eixos norteadores de toda a atenção ao usuário. Ao mesmo tempo havia uma crítica por parte de alguns profissionais, que defendiam um modelo integral de atenção, baseado no paradigma da redução de danos. A contradição mais evidente é que esses mesmos profissionais eram os que não questionavam, em alguns momentos até defendiam, o comportamento do profissional médico que não cumpria sua carga horária semanal de contrato e chegava sempre atrasado nas reuniões, além de faltar às consultas agendadas sem aviso prévio. Por outro lado, a coordenação não exercia também uma função continente, no que diz respeito a estratégias de resolução de conflitos entre os profissionais, sendo que fazia críticas abertas, inclusive verbalizando nomes, o tempo todo, independente da presença dos demais profissionais.

Não havia a rotina, entre os profissionais, de reorganização das atividades quando um profissional se ausentava ou chegava atrasado, independente de avisar ou não. Em um momento, por questões de saúde, a terapeuta ocupacional não compareceria a tempo de realizar uma oficina, avisando no dia anterior que esse fato iria ocorrer, mas os usuários vieram ao serviço e ficaram cerca de duas horas aguardando sem receber nenhuma informação dos profissionais ou qualquer tipo de acolhimento, sendo atendidos apenas quando a responsável pela oficina chegou ao serviço.

O CAPSad em que o estudo foi realizado apresentava uma quantidade de profissionais compatível ao previsto pela portaria que o credencia, mas constituía-se muito mais um agrupamento de funcionários, com funções indefinidas e muitas vezes contraditórias, que estavam muito longe de se comportar como uma equipe, o que acabava por interferir diretamente na relação com os usuários, a ser discutida na próxima subcategoria.

- **Profissional-usuário-profissional**

A relação entre os profissionais e os usuários era restrita aos atendimentos formais em atividades fixas, não havendo interação nos momentos de convivência, como horários de lanche e de almoço, no entre consultas e no espaço físico fora das salas de atendimento. Nesse caso há uma convergência entre os profissionais que não foi observada em nenhum outro momento. Com exceção das recepcionistas e da

servente, que conversavam constantemente com os usuários quando não estavam em atendimento, nenhum profissional utilizava os momentos informais como estratégia de intervenção.

O profissional acolhedor, responsável pelo plantão e por circular pelo serviço, estando ciente dos acontecimentos e intervindo em possíveis ocorrências, constantemente permanecia no piso superior, na sala administrativa, ocupando-se de outros afazeres. Esse tipo de conduta acabou por facilitar ocorrências como a evasão de vários usuários que estavam em desintoxicação e necessitavam ficar em observação constante, devido ao uso de medicação controlada, e a situação em que alguns usuários fizeram uso de maconha dentro do serviço. Nessas situações específicas, os profissionais convocaram uma “assembleia de urgência” para discutir a respeito de tais ocorrências. Nessa assembleia, realizada por apenas dois profissionais, sem o conhecimento dos demais, inclusive o plantonista do momento, foram discutidas também questões referentes a normas do serviço, como a proibição do uso dos leitos de desintoxicação para descanso após o almoço, sendo a sala de grupo disponibilizada para tal fim. Essa conduta não era padrão entre os demais profissionais. Os usuários saíram da sala ironizando os profissionais. No dia seguinte os problemas de uso de maconha e evasão se repetiram e nova assembleia foi convocada pelos mesmos profissionais. Vale ressaltar que a coordenadora estava no serviço nos dois momentos e não foi chamada para intervir em uma situação que também envolvia aspectos administrativos. A assembleia é um dispositivo importante no desenvolvimento de autonomia e corresponsabilização do usuário frente ao seu tratamento e sua utilização regular poderia facilitar sua compreensão e utilidade. Nas situações descritas, o dispositivo ‘assembleia’ estava sendo utilizado mais como controle de comportamento dos usuários. A coordenadora informou que a assembleia não ocorria regularmente por “discordância de alguns profissionais”. A racionalidade política aparece na forma das relações de poder aqui estabelecidas, seja entre profissionais e coordenação ou entre profissionais e usuários.

Em vários momentos, usuários solicitavam algum tipo de atividade, para passar o tempo entre outros atendimentos, mas essas questões não eram levadas para as reuniões e nenhuma conduta era realizada, o que se tornava um sério problema, considerando que a unidade não fecha para o almoço, mas não programa nenhuma atividade para o período. O serviço contava com jogos, que poderiam ser disponibilizados para os usuários, como, por exemplo, para aqueles que

não pretendiam descansar após o almoço.

Apesar das dificuldades na atenção aos usuários, alguns profissionais conseguiam ter uma postura de escuta dos usuários, como E14, que durante os grupos utilizava-se de um discurso mais simples e claro em suas intervenções, como maior abertura aos posicionamentos dos usuários e a conseqüente maior participação dos mesmos. Em um grupo terapêutico conduzido pelo profissional (E14), houve bastante interlocução e interação entre os usuários, com o profissional pontuando aspectos do PTI de cada usuário presente e fechando o grupo com uma abordagem motivacional, chamando a atenção para o próximo encontro. E14 não tinha a mesma postura durante as reuniões, onde pouco se posicionava, justificando que isso se dava pela forma como a coordenadora se apresentava e conduzia a equipe. Apesar disso, E14, como os demais profissionais, tratava a questão das drogas a partir do viés da patologia.

Outra questão emergente no serviço foram os constantes pedidos por parte de familiares por informações contidas em prontuários de usuários, em sua maioria, maiores de idade. Em reunião de equipe foi definido que essas informações somente seriam fornecidas ao próprio usuário ou por solicitação judicial. Apesar disso, essa orientação quanto ao sigilo do usuário não era seguida, como em uma situação em que um membro da equipe forneceu informações do prontuário de um usuário ao seu familiar, mesmo sabendo que o usuário, maior de idade, não convivia com seus familiares. Em outro momento, a mesma profissional recebeu na sala de enfermagem uma usuária, acompanhada por E7, que tinha agendamento para o dia, mas o profissional não estava presente para o atendimento. A usuária trouxe resultado de exame de gravidez e a profissional leu o resultado (positivo) na frente de outro usuário e E7, que começou a fazer comentários irônicos e culpabilizadores.

Os usuários não compreendiam seus PTI, uma vez que os profissionais não os esclareciam de forma clara e os discursos profissionais, quando não apareciam de forma intelectualizada e com utilização de termos técnicos, emergiam com ‘frases de efeito’, como as utilizadas por uma profissional em grupo de familiares (“No imprevisto nós somos o que somos” e “A vida é conjugal e instantânea”) e por outra, que dizia “sentir pena dos pacientes”.

A equipe se limitava a discutir os problemas conforme surgiam no decorrer das atividades, sendo que, em nenhum momento das observações, houve discussões acerca da interação entre as atividades desenvolvidas com as sugestões dos usuários para o aprimoramento da

atenção.

- **Intersetorialidade**

A relação do CAPSad com outros setores de atuação não estava definida através de nenhum fluxo ou rotina, não havendo nenhum tipo de ação de apoio matricial ou ação externa com foco na reinserção social dos usuários. O município contava com o Programa de Redução de Danos, vinculado ao setor de epidemiologia, mas que não apresentava, naquele momento, nenhum contato com o CAPSad e, conseqüentemente, nenhum fluxo de encaminhamento daquele programa para o tratamento de complicações decorrentes do uso/abuso de substâncias psicoativas. Os profissionais, em vários momentos, informavam que o serviço trabalhava dentro do paradigma da redução de danos, mas a prática era pautada na avaliação médica para intervenção farmacológica e no encaminhamento para internação nos casos que não se adaptarem aos medicamentos, típica do modelo biomédico de atenção em saúde.

A divergência entre os profissionais e a coordenação mais uma vez aparecia quando se considerava a relação com outros setores de atenção. Em reunião com membros dos Alcoólicos Anônimos (AA), a coordenadora colocou sobre a possibilidade de encaminhamento do CAPSad para esse grupo. A equipe se posicionou favoravelmente ao diálogo, mas contrária ao encaminhamento. A coordenadora manteve a fala de encaminhamento. Nessa situação verificou-se novamente a falta de planejamento de reuniões, com a ausência de um cuidado quanto a exposição de questões internas e contradições no manejo com o usuário.

A Secretaria Municipal de Saúde e a Coordenação Municipal de Saúde Mental possuíam ações independentes e, muitas vezes, contraditórias às condutas do CAPSad, mesmo este sendo o serviço que deveria ser referência na atenção à drogadição dentro da saúde pública e a equipe contando com três profissionais no Conselho Municipal em Álcool e outras Drogas (COMAD). Em um caso específico, a equipe soube através da coordenadora do CAPSad que a secretaria indicou, após avaliação do médico psiquiatra do CAPSad, a internação compulsória de um usuário dois meses antes, sem qualquer discussão junto à equipe do serviço.

Outra situação que coloca como discutível o serviço como referência na atenção a esse público era o fato da secretaria apresentar convênio com quatro Comunidades Terapêuticas, com o

encaminhamento para tais instituições ocorrendo sem qualquer tipo de avaliação ou orientação da equipe do CAPSad. A equipe desconhecia a fonte desses encaminhamentos, sendo que a conduta era dizer que “esse convênio não existe e apenas orientar acerca dos nomes e endereços de comunidades terapêuticas no município e região”. Um dos profissionais relatou o desejo de sair da unidade, pois considerava que “a secretaria boicota o CAPSad e a coordenadora municipal de saúde mental concentra suas atividades no CAPSi e no CAPS II”, relatando “um pedido de transferência em bloco por parte dos profissionais cerca de um ano antes”.

Essa desconexão intersetorial corroborou com os resultados do estudo realizado por Bezerra e Dimenstein (2008), havendo assim a necessidade de se repensar a função do CAPSad dentro da rede de atenção, uma vez que o mesmo não exerce a função reguladora da mesma prevista em portaria (GM 336/2002).

6.2. Descrição e discussão das categorias, subcategorias e elementos de análise das entrevistas

A partir das entrevistas individuais com os profissionais emergiram cinco categorias, que compreendem suas trajetórias e concepções acerca dos processos envolvidos na questão do uso/abuso de substâncias psicoativas, que junto com as informações das observações apresentam o conjunto de racionalidades que regem as práticas e cuidados do CAPSad referência neste estudo.

A. Trajetória Acadêmica

Nesta categoria são apresentadas e discutidas as trajetórias dos profissionais participantes deste estudo, considerando suas formações acadêmicas e a relação destas com a especificidade do público atendido no CAPSad.

- **Formação na área da saúde**

A saúde é a grande área de referência onde se encontram inseridos os CAPSad e os demais dispositivos da saúde mental. A formação na área da saúde, bem como sua qualidade, torna-se importante no desenvolvimento de práticas de atenção que contemplem as demandas apresentadas pelos usuários que buscam o serviço, além de

subsidiar a interlocução com outros setores no que tange às estratégias de promoção e prevenção em saúde. Entre os participantes deste estudo, sete possuíam nível superior na área da saúde (E4, E8, E9, E10, E12, E14 e E15), três haviam cursado pós-graduação na área (E8, E12 e E14). E16, embora não tivesse feito sua graduação em saúde, possuía curso de pós-graduação em saúde pública. Outros três profissionais fizeram cursos técnicos na área da saúde (E3, E5 e E9).

Embora o caráter multiprofissional seja uma contribuição importante nas práticas de atenção em saúde, a ausência de formação específica dos profissionais é percebida na dinâmica do serviço quando se leva em consideração as relações com outros níveis de atenção em saúde, uma vez que em nenhum momento foi observado o contato ou discussões acerca da atenção básica e outros dispositivos de atenção especializada, com exceção de uma relação conturbada e contraditória em situação envolvendo uma possível internação compulsória em hospital psiquiátrico, com profissionais defendendo tal indicação mais por não saber o que fazer com o usuário do que por necessidade terapêutica. Como discutido em outras categorias, observou-se uma predominância de uma racionalidade médica em detrimento das demais áreas do conhecimento, com ações conduzidas pelos critérios taxonômicos do diagnóstico psiquiátrico. Por outro lado, uma racionalidade pautada em condutas morais orientava a conduta de encaminhamento para internação, que consistia em mais uma solução para a pouca resolutibilidade do serviço do que uma postura terapêutica para com as necessidades do usuário, indo ao encontro do estudo de Bueno e Caponi (2009), com os profissionais buscando um novo modelo de atenção, mas colocando a responsabilidade última de intervenção no modelo de atenção asilar.

- **Formação na área de saúde mental**

Quando consideramos a subárea da saúde mental, a formação acadêmica dos profissionais do serviço, apenas E4 fez estágio curricular na área e outros três profissionais possuem pós-graduação. Além disso, eram pós-graduações com foco diferente, sendo uma voltada para a atenção psiquiátrica hospitalar (E10), outra em atenção psicossocial (E11) e a terceira em psicanálise na saúde mental (E15). A interação de três formações diferentes seria uma importante contribuição para a elaboração de um projeto de serviço, mas E10 não participava de nenhuma reunião e pouco conversava com os demais profissionais e E11

e E15 possuíam relação mais focada nas divergências com a coordenação local e municipal do que na proposição de estratégias para melhorar o modelo de atenção.

A ausência de uma interlocução entre as diferentes trajetórias e a escolha pela postura de confronto de poderes denota uma racionalidade política associada a uma racionalidade metafísica, uma vez que essa postura idealista e “reivindicatória” era desprovida de qualquer discurso teórico com sustentação epistemológica sendo, muitas vezes, conforme observações, incoerente, existindo pelo simples fato de contrapor as deliberações da coordenação.

Conforme descrito anteriormente, a literatura indica uma contradição entre um estudo brasileiro (Rebouças, Abelha, Legay, & Lovisi, 2008) e um americano (Howard & Holmshaw, 2010) no que tange à relação entre formação profissional e satisfação profissional dentro da saúde mental. O presente estudo corrobora com o estudo brasileiro, uma vez que não foram identificadas diferenças no que tange à satisfação profissional entre os participantes, embora não fosse o foco direto dos questionamentos realizados.

- **Formação na área de atenção a usuários de álcool e outras drogas**

Apenas E10 e E16 fizeram pós-graduação em atenção a usuários de álcool e outras drogas e E4, durante seu estágio em saúde mental, fez uma parte de sua carga horária no atendimento do público com essa demanda. Outros profissionais fizeram cursos à distância como o “Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento – SUPERA” organizado pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP (E3, E8, E13 e E15); e o Curso à distância na atenção em álcool e outras drogas da Universidade Federal de Santa Catarina – Ead-UFSC (E4 e E16).

A pouca quantidade de profissionais com formação na atenção em saúde e na subárea da saúde mental, sendo menor ainda quando se considera apenas a trajetória acadêmica na atenção a usuários de álcool e outras drogas, parecia influenciar na forma como o tema era tratado no CAPSad estudado, dada a pouca discussão acerca do tema na dinâmica do serviço ou sendo discutidas de forma superficial e contraditória. Um exemplo disso é a defesa da estratégia de redução de danos nas falas de alguns profissionais (E11, E14 e E15), mas que na prática percebida

durante as observações o modelo hegemônico, com intervenção orientada para a abstinência da droga, ainda impera.

Essas racionalidades contraditórias, ideologia *versus* prática, quanto ao tema da drogadição vão ao encontro da literatura na área, em que os resultados apontaram que os profissionais que receberam treinamento específicos em atenção a usuários de drogas apresentaram menos atitudes negativas quanto a esse público, independentemente do sua experiência de trabalho clínico ou do tipo de ambiente de trabalho (Howard & Holmshaw, 2010). Neste caso, uma formação continuada torna-se imprescindível, afim de evitar a verticalização da atenção, conforme observado no serviço em questão, indo em direção a uma relação mais próxima ao modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica, com a relação do usuário e seu contexto social com a droga de abuso.

- **Formação em outras áreas do conhecimento**

Outros quatro profissionais possuíam graduação em outras áreas do conhecimento (E6, E11, E13 e E16), sendo que um possuía pós-graduação em serviço social e políticas públicas (E16), mas, com exceção de E6, as outras três já haviam feito algum curso ligado direta ou indiretamente à atenção aos usuários de CAPSad, conforme descrito nas outras categorias apresentadas.

Como dito anteriormente, o aspecto intersetorial da atenção em saúde mental foi o tema da IV Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, Ministério da Saúde, 2010), de forma que a interlocução de outros “saberes” poderia contribuir para um projeto de atenção que extrapolasse os limites da área da saúde, contemplando os avanços das áreas sociais e educacionais. No CAPSad estudado, apesar de possuir profissionais com formação em outros setores da atenção, não foi observado nenhuma ação ou convênio intersetorial.

- **Sem formação específica**

Três profissionais não apresentavam nenhuma formação específica, sendo que dois cursaram apenas o ensino fundamental (E1 e E2) e um o ensino médio (E7). Apesar de suas funções dentro do serviço não exigirem uma maior qualificação, no que tange a formação acadêmica, esses profissionais estavam diretamente em contato com os usuários do serviço, muitas vezes escutando confidências que não eram reveladas nos atendimentos com profissionais de nível superior, o que

tornava necessária uma capacitação para tais profissionais, a fim de se evitar intervenções contraditórias que viessem a interferir nos planos terapêuticos individuais. As consequências da falta de informação são exemplificadas por falas como a de E7, que diz ter “pena dos coitadinhos do serviço” e se lembra de “um familiar meu que passa pelo mesmo problema”. A mesma profissional entra e sai de vários grupos e atendimentos individuais durante o seu andamento, interrompendo as atividades e discussões. Em outra situação, E1 conduz uma oficina sem fazer nenhum tipo de consideração ou fechamento da atividade, enquanto várias situações ocorriam, envolvendo os usuários. Essa profissional, quando questionada sobre como se preparou para sua atividade no serviço, respondeu “Eu sou autodidata”.

Essa falta de formação acabava por ser uma grande facilitadora de práticas e cuidados pautados por uma racionalidade teológica e metafísica, conforme constatado durante as observações, onde se verificaram condutas baseadas em preceitos morais e opiniões pessoais. Os profissionais com maior conhecimento e formação acadêmica também utilizavam deste tipo de racionalidade em suas intervenções, principalmente em situações que envolviam a disciplina e a orientação para o seguimento dos planos terapêuticos.

B. Trajetória Profissional

Nesta categoria são apresentadas e discutidas as trajetórias dos profissionais participantes deste estudo, considerando suas experiências profissionais até suas inserções no CAPSad.

• Experiência na área de saúde

Em relação às experiências anteriores dos profissionais em dispositivos da área de saúde, sete dos dezesseis participantes possuíam passagens por algum tipo de unidade de saúde, compreendendo outras unidades ambulatoriais da atenção básica e especializada em saúde pública (E2, E9, E12 e E13), hospitais gerais (E2, E3 e E9), consultórios/clínicas particulares (E3, E8, E9, E12 e E14) e o Programa DST/AIDS (E9, E12, E13 e E14). E9 possuía experiência em todos os tipos de unidades citadas, mas consistiram em experiências de curto período, sem qualquer tipo de vinculação com o espaço de trabalho, além de todas as transferências que experienciou terem ocorrido por questões relacionadas a problemas de relacionamento interpessoal e

relação com autoridade. E12 era o profissional que possuía a maior experiência no trabalho na área da saúde, dentre os membros da equipe do CAPSad, mas pouco transformava esse conhecimento em contribuição efetiva no desenvolvimento do trabalho, utilizando esse fato como uma estratégia de poder dentro da equipe, com atitudes conflituosas com a coordenação do serviço, o que foi observado tanto em sua atuação profissional, quanto na forma como participava das reuniões de equipe. Na entrevista, E13 relatou que o serviço deveria “ser implodido e reconstruído novamente”, dado a situação em que se encontrava, “chegando a funcionar como CAPS em alguns momentos e como um ‘Mega’ Ambulatório na maioria das vezes”.

Alguns profissionais possuíam experiência no Programa DST/AIDS, atuando inclusive no ‘Programa Redutores de Danos’ do município. Apesar disso, em nenhum momento se constatou a utilização de tais experiências na construção de um projeto do serviço.

As contradições entre o discurso e a prática eram evidenciadas em situações como a que relatavam a importância do trabalho em equipe, mas, durante a execução de seus trabalhos, eram sempre os primeiros a tomarem condutas individualistas. Esses fatos eram evidenciados nos constantes atrasos, por parte de um dos profissionais, nas consultas agendadas e na sua postura durante a reunião de equipe, onde fazia uso constante de ironias quanto ao processo de trabalho do serviço, não trazendo seus atendimentos e condutas para a discussão. No caso de outro profissional, essa postura podia ser verificada em suas visitas domiciliares. O profissional possuía habilidade na execução, mas, ao mesmo tempo em que centralizava esse procedimento (em sua pessoa), queixava-se da falta de interesse dos demais profissionais sem posicionar-se diretamente à equipe.

- **Experiência na área de saúde mental**

A maioria dos profissionais estava em sua primeira experiência em um serviço de saúde mental (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E14, E15 e E16), mas apenas E1, E6 e E14 estavam há menos de um ano no serviço. E4 trabalhou em uma ONG prestadora de serviços na área de saúde mental, enquanto que E9 e E13 já haviam atuado em outros CAPS do município. E10 era o único membro da equipe com experiência em hospital psiquiátrico. Essas experiências não eram transformadas em melhorias para o serviço, uma vez que não eram compartilhadas, haja vista que E10, por exemplo, não participava de reuniões de equipe, onde

havia uma crítica ao hospital psiquiátrico e o profissional, sendo o único com experiência em um serviço de internação, não podia ajudar na discussão, inclusive com ponderações que pudesse mediar uma racionalidade metafísica (ideológica), presente no discurso dos profissionais, contribuindo com uma visão mais técnica de um dispositivo que deixou de ser a prioridade do modelo de atenção em saúde mental, mas, em nenhum momento, deixou de constituir-se como uma alternativa terapêutica.

Embora o serviço fosse a primeira experiência em saúde mental da maioria, os profissionais estavam inseridos tempo suficiente para conhecer um mínimo de seu fluxo e, pelo menos, possuir uma visão crítica de suas atuações, que permitisse o compartilhamento de informações ou o repensar de suas práticas. Apesar disso, essa não era a conduta padrão, pois o confronto e a disputa pelo poder sobressaiam-se, embora neste estudo não se tenha identificado a hierarquização entre as categorias profissionais, a exceção dos médicos, divergindo assim do estudo realizado por Souza et al. (2007), em que os profissionais da chamada área 'psi' (psiquiatras e psicólogos) eram mais valorizados que as demais categorias.

- **Experiência na área de atenção a usuários de álcool e outras drogas**

O CAPSad constitui-se no serviço de referência e organização da rede de atenção em problemas relativos ao uso/abuso de álcool e outras drogas, o que faz com que seja fundamental a existência de uma equipe preparada e capacitada para exercer tal responsabilidade. A equipe deste estudo, além da pouca formação específica para atender tal demanda, conforme discutido anteriormente, é ainda mais deficitária quando se considera as experiências anteriores em atenção em álcool e outras drogas, em que apenas quatro profissionais tinham atuado na área (E10, E13, E14 e E16). E10 havia trabalhado com usuários de drogas em sua experiência em hospital psiquiátrico, enquanto que E13 e E14 trabalharam no 'Programa Redutores de Danos'. E16 trabalhou em diversas Comunidades Terapêuticas, além de ter mediado alguns Grupos de Autoajuda do município.

Essa junção de uma racionalidade científica e biomédica com uma racionalidade moral, associadas ao modelo psicossocial preconizado pelas políticas oficiais de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, ocorria sem uma interlocução clara entre os atores

envolvidos, ora entrando em conflito ora coexistindo em uma prática de cuidado contraditória, percebida na dificuldade que os usuários do serviço apresentavam em relação ao tratamento recebido na unidade de saúde.

- **Experiência em outras áreas de atuação**

Em relação a outras áreas de atuação, havia na equipe uma vasta amplitude de experiências profissionais, que incluía atuações em ONG diversas e APAE (E8, E11 e E14), trabalhos na área comercial e prestação de serviços (E1, E5, E6, E7, E13 e E14), participações em Conselho Tutelar (E13) e experiência em docência na graduação (E16). Apenas um profissional possuía experiência em outras secretarias do município, no caso na Secretaria de Desenvolvimento Social, mas, apesar disso, utilizava sua experiência mais como uma forma de justificar sua posição perante a equipe do que uma contribuição na organização do serviço, promovendo conflitos com outros membros da equipe, centralizando e monopolizando informações que deveriam ser repassadas aos profissionais, como, por exemplo, em uma situação envolvendo uma internação compulsória de usuário, em que a equipe tinha um posicionamento e a secretaria municipal de saúde apresentava uma conduta diferente, juntamente com o psiquiatra do CAPSad.

A ação intersetorial e sua importância para os serviços substitutivos da saúde mental, conforme discutido anteriormente, é a 'bandeira' de luta nas atuais discussões, seja nas conferências, seja no planejamento estratégico das ações dos serviços (Brasil, Ministério da Saúde, 2010). A presença de profissionais com experiências em outros setores da atenção seria uma contribuição na execução do serviço e na construção de um projeto terapêutico com foco no usuário e o meio ao qual se encontra inserido, mas como descrito acima, essa experiência era a justificativa de uma racionalidade política e centralizadora, usada para fins de manutenção hierárquica e intimidação dos demais profissionais. Essa postura facilita o processo que restringe a reforma psiquiátrica, bem como a adequação do modelo assistencial, a um plano administrativo e superficial, retirando a possibilidade dos atores envolvidos (profissionais, usuários e familiares) participarem efetivamente da construção da atenção, conforme identificado em estudos em outros municípios.

C. Relação com o Modelo de Atenção do CAPSad

Nesta categoria é apresentada e discutida a forma como os profissionais se relacionam com o modelo de atenção desenvolvido no CAPSad, bem como o conhecimento e opiniões à respeito da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.

- **Inserção no CAPSad**

A inserção no serviço se deu de forma voluntária para oito dos participantes, sendo uma por solicitação via projeto intersetorial e sete transferidos de outras unidades de saúde do município. Quatro profissionais se inseriram na unidade diretamente do concurso público, sem passagens por outras unidades de saúde do município. Outros vieram por meio de transferência involuntária de outras unidades, sendo um em decorrência de mudança de procedimentos no seu serviço anterior (DST/AIDS) e dois por motivos de conflitos com as chefias dos outros serviços em que trabalhavam anteriormente, conflitos esses que estavam sendo repetidos também no CAPSad.

Segue abaixo a reprodução da fala de um dos profissionais ao explicar sua inserção do serviço:

“Eu entrei de castigo aqui... eu tive um enfrentamento na época com a coordenação onde eu trabalhava e em função de uma questão que envolvia o serviço social, eu me posicionei contra uma prática assistencialista e ela me botou de castigo assim, eu fiquei a disposição da secretaria... de castigo... e de castigo eu vim pro CAPSad”.

Embora apenas três pessoas tenham chegado ao serviço de forma involuntária, essa fala da profissional reproduz a forma com os demais se relacionam com o serviço, uma vez que a mesma possui uma longa experiência profissional, com cinco anos apenas no CAPSad, sendo voz ativa em todos os momentos de intervenção e nas reuniões, mas exercendo uma liderança na equipe que interferia nas poucas tentativas de organização da unidade de saúde. Mesmo após longo tempo, inserida no programa, a profissional ainda se comportava como se estivesse de “castigo”, exercendo influência nas condutas de vários profissionais que entraram na instituição nesse período.

Essa constatação é confirmada nas falas de outra profissional, ao se referir a forma como foi recebida no serviço:

“... minha recepção não foi nada boa, eu cheguei aqui e tinha uma equipe muito resistente, assim, digamos assim, muito dona do território... ‘nós estamos aqui há 03, 04 anos e a gente não quer você,

porque a nossa proposta é que outra pessoa assuma, a gente quer indicar outro profissional pra ser coordenadora’...”;

“... eu tinha algum contato com algumas pessoas, só que na época que eu vim pro CAPS foi muito difícil...”;

Os ‘jogos de poder’ são a tônica dominante na forma como os profissionais se relacionam com o serviço, não se discutindo intervenções, com os profissionais apresentando pouco engajamento com a proposta da política nacional de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Essa mistura de uma racionalidade política com metafísica, com resquícios do modelo médico-hospitalocêntrico, corrobora com os estudos de Souza *et al.* (2007) e Moraes (2008), que justificam ser esse fato um dos principais entraves para a consolidação da nova proposta de assistência em saúde mental. Essa dualidade, muitas vezes contraditória, também foi verificada no estudo realizado por Bueno e Caponi (2009), em que os profissionais apresentam o discurso da reforma psiquiátrica, mas na prática reproduzem o modelo manicomial.

- **Concepções dos profissionais em relação à política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**

Requisito primordial em qualquer prática profissional é o conhecimento das características básicas do serviço ao qual se encontra inserido, bem como da legislação específica que dá suporte a essa prática. Em um serviço público esse conhecimento é fundamental, uma vez que comporta os mais diferentes interesses, seja do gestor em suas prestações de contas, seja da comunidade atendida que busca no serviço um atendimento eficaz e eficiente de sua demanda, além dos profissionais que necessitam de subsídios para suas práticas e cuidados. Na atenção a usuários de álcool e drogas essa necessidade é ainda maior, pois além de ser uma questão de grande clamor público e cobertura midiática, envolve setores como o poder judiciário, desenvolvimento social, além da saúde pública, em uma relação nem sempre convergente, em que formadores de opinião (políticos, religiosos, jornalistas etc.) expressam-se pautados em concepções nem sempre amparadas por um conhecimento técnico do assunto.

A Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas é hoje o principal documento brasileiro que orienta as práticas e cuidados nesse campo, seja no âmbito do poder público, seja na relação com as diversas instâncias sociais, fornecendo as diretrizes

básicas para a atenção. Sete dos participantes relataram desconhecer a referida política e quatro que afirmaram conhecê-la, mas fornecendo uma explicação parcial, citando leis que até orientam a política, mas não comportam a sua totalidade.

“... é um tratamento que vai lidando com as situações do dia a dia sem estar em um espaço protegido, que é o da internação, porque no momento que sai da internação os locais de uso os amigos ou que seja continua... e no momento que vai dentro dos atendimentos do CAPS, usando esse serviço... prá ir lidando com essas situações do dia a dia, consegue ter um resultado mais positivo...” (E4).

“... eu acho que a política como tudo que tá no papel é muito linda, mas muito pouco prática, pois a gente vê que tem certa ausência de cobertura... não que é uma falha mas eu acho que faltaria incluir, no caso, uma parceria com a sociedade privada... eu acho uma proposta muito boa, eu acho que tem uma apelo bem interessante ... a gente vê que tem uma aceitação por boa parte dos pacientes...” (E6).

“... estou um pouco por dentro agora, depois que eu estou aqui. Antes eu não conhecia nada... esse centro, o CAPS, foi criado para o pessoal ter o vínculo com a família... se tratarem e ter o contato social e familiar, porque antes eram trancados... Eram colocados em hospitais, ficando lá, longe da família...” (E7)

Outros três profissionais relataram conhecer a política, mas se recusaram a comentá-la.

“... Conheço superficialmente... a gente estuda um monte disso prá fazer o concurso... mas faz tempo.” (E8).

“... Eu já vi ela, agora se tu me perguntar os artigos, os incisos e as entrelinhas, aí não... algumas coisas... a questão de implantação dos CAPS... eu já li diversas vezes... a questão de matriciamento... envolve a atenção básica ...” (E13).

“... li por ler... conhecimentos, ideias a respeito não vale pedir, que daí fica complicado...” (E15).

Dois participantes informaram que estão em processo de conhecimento da política nacional, conseguindo apresentar alguns pontos principais da mesma, como o foco na estratégia de redução de danos e a atenção territorial.

Um membro da equipe procurou responder e explicar a política, mas o fez citando a legislação em saúde mental e fazendo críticas ao desconhecimento da mesma por parte dos demais profissionais. Essa profissional fazia parte, na época da coleta de dados, do Conselho Municipal para Políticas de Álcool e Outras Drogas (COMAD) e

informou que os conselheiros desconhecem a política sobre a qual deveriam fiscalizar.

Quase a totalidade dos profissionais do CAPSad estudado desconhecia as diretrizes para o serviço ao qual estão inseridos, o que poderá dificultar a elaboração de um projeto de atenção, bem como um planejamento estratégico de atenção às demandas referentes ao uso/abuso de álcool e outras drogas. Considerando trajetórias acadêmicas e profissionais descritas anteriormente, fica praticamente impossível a organização da atenção sem um amplo trabalho de capacitação e sensibilização, pois os profissionais desconheciam tanto os demais dispositivos de atenção, como as diretrizes do serviço em que trabalham.

A coordenação municipal de saúde mental deveria ter uma política de educação permanente, que incluísse a capacitação para o momento da entrada dos profissionais no serviço. É preciso ressaltar também que os documentos do Ministério da Saúde são de fácil acesso, sendo possível a iniciativa do profissional em busca da leitura dos textos básicos para atuar em sua área. Esse desconhecimento acaba por gerar uma racionalidade influenciada pela forma como a mídia trata o tema, percebido nas críticas à política como sendo ineficaz e de pouca aplicabilidade, mesmo afirmando desconhecê-la. O estudo realizado por Bueno e Caponi (2009) já apontava para essas críticas em relação ao processo de reforma psiquiátrica, descontextualizadas de um conhecimento das diretrizes para a atenção em saúde mental.

- **Concepções dos profissionais em relação ao modelo de atenção do CAPSad**

Como consequência direta da carência de conhecimento acerca da finalidade do CAPSad e sua relação com a política de atenção preconizada pelo Ministério da Saúde, verificou-se a falta de clareza acerca do modelo de atenção desenvolvido no serviço, sendo que cinco profissionais sequer conseguiram responder que modelo seria esse.

Dois profissionais responderam que o modelo de atenção é pautado “na estratégia de Redução de danos, que consiste no respeito aos pacientes, não cobrando abstinência”, mas orientando que “a abstinência é o ideal”. As profissionais fazem uma relação da Redução de Danos como o oposto da abstinência, sem descrevê-la como um conjunto de estratégias focadas na redução dos danos causados pela relação indivíduo-meio-droga.

Um participante respondeu que o modelo empregado no serviço é a busca pela “abstinência total”, sendo o único a fazer tal afirmação de forma direta. Questionado sobre a redução de danos, não soube responder do que se trata.

“... eu parto assim de um princípio de não redução de danos... de tentar abstinência total... eu sei que tem uns profissionais que trabalham já com a redução de danos... eu já não gosto muito...” (E10).

O atendimento ambulatorial e multidisciplinar, sem focar na internação, foi destacado por outros cinco profissionais, que não souberam descrever como se dava esse atendimento.

“Não se trata de internação, se faz um processo até de acompanhamento intensivo durante as horas de acompanhamento em que o CAPS tá aberto, mas nada de internação...” (E3).

“... eu entendo como ambulatorial... a pessoa vem para o tratamento durante o dia e retorna para casa, não é uma internação que a pessoa fica lá...” (E5).

“... é porta aberta, a pessoa vem pelo interesse dela mesmo ou encaminhado via serviço de saúde e faz uma entrevista inicial... Como cada dia é um plantão diferente... cada um vai ficar mais minucioso na área de sua abrangência, como a assistente social vai ficar área mais social, o psicólogo vai dar mais privilégio para o individual da pessoa e assim por diante. Eu não sei muito bem como é que os técnicos fazem com a questão de acompanhamento em si, porque a referência é a pessoa que faz a entrevista inicial, então fica a critério deles isso...” (E6).

“... eles passam por uma entrevista inicial... tem dias que é um psicólogo e tem dias que é um terapeuta que faz ou a enfermagem, conforme quem tá de plantão naquele dia... Tem uns que vem prá cá e ficam sentados de manhã até a noite olhando assim prá gente... Não tem vontade nenhuma de fazer nada, então a gente também não... e vai tratando conforme o paciente, aqueles que aderem vem todos os dias e fazem bonitinho, e tem aqueles que também desistem.” (E7).

“... ambulatorial... um paciente vem porque é marcado, faz o atendimento e vai embora e quem é no intensivo que permanece o dia inteiro, tem alimentação, tem participação nas oficinas nas terapias que são oferecidas pelo serviço, seria diferente de uma comunidade terapêutica que o paciente dorme, permanece lá.” (E8).

Dois profissionais informaram que não existia nenhum modelo de atenção no CAPSad. Outro relatou que consistia em “atenção superficial focada na intervenção em grupo”, sem se aprofundar nas “questões internas dos usuários”.

“... modelo de atenção? Às vezes eu acho que a gente nem faz atenção, quem dirá modelo, eu não tenho isso claro... eu acho que em alguns momentos a gente se aproxima do que seria o Centro de Atenção Psicossocial, em diversos momentos a gente é uma unidade de especialidades e em alguns a gente é um mega ambulatório... nos últimos tempos tá muito truncado.” (E13).

“... Qual o modelo? Na verdade isso pra mim não é claro... nem o que se quer seguir e como se quer conduzir... Acho que algumas pessoas tem mais clareza... hoje eu não identifico qual o modelo. Então assim, pra mim ainda não é definido. Eu não tenho clareza sobre isso.” (E16).

“... impressão que eu tenho, é que a proposta dos CAPS é trabalhar mais o coletivo, mais no trabalho em grupos... a impressão que dá é que é uma atenção, mas não se aprofunda naquilo que a gente precisaria... o que eu vejo é que sempre por trás da drogadição tem um trauma, tem uma questão uma expressão ali que a gente tem que trabalhar.” (E14).

A dificuldade em descrever o modelo de atenção do serviço é diretamente relacionada com a dificuldade de executá-lo, com as práticas observadas apresentando-se conforme dois modelos verificados em estudo da literatura, que são: Modelo biomédico humanizado e Modelo psicossocial com ênfase na instituição (Nunes, Torrenté, Ottoni, Moraes Neto, & Santana, 2008). O primeiro foi percebido na postura assistencialista e vertical como a atenção é organizada, com práticas pedagógicas e doutrinárias, com pouco senso-crítico. Já o segundo é percebido nas tentativas de alguns profissionais em trazer os paradigmas da luta antimanicomial para a atenção, mas restringindo-se apenas ao campo teórico e sem ultrapassar os limites da unidade, negligenciando a ação territorial.

- **Sugestão para o aprimoramento do modelo de atenção do CAPSad**

Dois profissionais não souberam dar sugestões para melhorar o serviço. Um deles não ter conseguido foi até compreensível, dado a forma como se relaciona com o serviço, que está concentrado em apenas duas horas por semana, não tendo nenhuma interação com a equipe e a dinâmica de funcionamento da unidade. Com a outra profissional é o contrário, pois trabalha na recepção do CAPSad, por onde passa todo o fluxo de usuários, bem como todas as ocorrências da unidade, de forma que a profissional tem conhecimento do fluxograma maior até que os

profissionais responsáveis pelos atendimentos. Por outro lado, durante as observações se verificou que tal profissional, mantinha-se alheia a várias situações (brigas entre usuários, saídas destes sem comunicar equipe etc.), não as repassando aos demais profissionais ou para a coordenação.

Foi bastante sugerido pelos participantes a ampliação e otimização das atividades oferecidas aos usuários. Apesar da proposta parecida, os objetivos foram contraditórios, pois enquanto um grupo de profissionais colocou essa sugestão como forma de dar uma ocupação aos usuários, outros a deram com base da função terapêutica de tais atividades, que deveriam compreender as necessidades dos usuários, com foco na reinserção social e na melhora o fluxo de atendimento.

“... deveriam ocupar mais eles... prá não ficarem o dia todo sem fazer nada. (E2)

“... mais atividades, pois eles não podem ficar sem atividade, eu tiro por mim... eu não fico sentada atrás do balcão, eu sempre estou inventando alguma coisa...” (E7).

“... tinha que ter mais atividades, o paciente tinha que chegar aqui e ter atividades do início ao fim assim, do dia, prá ele não ficar entediado, paciente entediado a chance dele não voltar é grande, porque a gente sabe que a ‘fissura’ vai acontecer, então se ele tiver ‘mergulhado’ em alguma atividade ele vai ter uma resposta melhor...” (E10).

“... poderia ter mais oficinas, porque os pacientes, às vezes, tem dificuldade com o que tá disponibilizado pra eles...” (E6).

“... precisa diversificar as atividades, humanizar um pouco o ambiente...” (E11).

Essas concepções acerca da utilidade das oficinas no processo terapêutico reforçam o modelo hegemônico e a forma como as mesmas eram utilizadas no modelo asilar da saúde mental, conforme encontrado em outros estudos. A atividade é desconectada do projeto do serviço, com nenhuma iniciativa de transformá-las na função de geração de renda, também verificada no estudo realizado por Pinho *et al.* (2009). Essa função moralista e ocupacional das oficinas é condizente com uma racionalidade teológica e metafísica, dada a expectativa dos profissionais em mudança de comportamento e “afastamento das drogas” com uma atividade, que se comporta mais entretenimento do que caráter terapêutico.

Outros dois profissionais relataram ainda que deveria existir uma maior retaguarda por parte da secretaria de saúde em relação às condutas do CAPSad, bem como a necessidade de aumentar o quadro de

funcionários. Um deles pontuou acerca da necessidade do estabelecimento de parcerias intersetoriais com serviços públicos ou privados. Foi também destacado que se faz necessário algum planejamento envolvendo a maior participação dos familiares nas atividades desenvolvidas.

O serviço contava com um número de profissionais compatível com o previsto em portaria (GM 336/2002) e, considerando a demanda verificada, até excedente quando levado em conta as ações realizadas, que estavam concentradas quase que integralmente dentro dos limites da instituição. A proposta de E6 pelas parcerias intersetoriais seria um dado importante, caso tivesse aparecido nos profissionais envolvidos diretamente na atenção aos usuários, uma vez que essa é a profissional administrativa no serviço e não tem esse contato, além de permanecer nas reuniões de equipe com a função de redatora das atas, não se posicionando em nenhum momento.

No que diz respeito à formação profissional, bem como o maior conhecimento dos documentos e diretrizes do serviço foi sugerida a necessidade de uma capacitação para funcionários, visando o maior acesso por parte da equipe a tais informações. Outros participantes sugeriram a possibilidade da equipe realizar estudos em conjunto, o que vai ao encontro com outra sugestão que é a equipe “trabalhar em maior sintonia, com maior integração em suas ações”. O Ministério da Saúde disponibiliza recursos para supervisão dos serviços de saúde mental a partir de editais de lançamento periódico, com a finalidade de realizar capacitações em serviço dos profissionais inseridos nos programas. Apenas um dos entrevistados sugeriu a importância do serviço passar por uma supervisão.

A racionalidade baseada no julgamento moral, bem como as disputas de poder na equipe, apresenta-se como um importante entrave na execução de qualquer capacitação, haja vista essa relação superficial e pouca responsabilização para com a tomada de atitudes no serviço. O processo de supervisão poderá atuar como um facilitador, pois tem entre suas funções o trabalho direto na resolução de conflitos e no planejamento estratégico de ações.

D. Concepções acerca da questão das Drogas na Atualidade

Esta categoria enfoca como os profissionais compreendem a questão da drogadição na atualidade, considerando suas trajetórias

profissionais e acadêmicas. Percebeu-se uma significativa dificuldade dos profissionais em articular-se verbalmente acerca de um assunto que deveria pautar toda a sua prática, com discussões sobre o tema fazendo parte da rotina do serviço, que foi construído para ser uma referência na atenção às questões relativas ao uso/abuso de drogas. O que foi constatado em nosso estudo foi exatamente o contrário, pois não existem tais discussões, sendo que as práticas e cuidados são desenvolvidos baseados em racionalidades sustentadas mais em conhecimentos metafísicos e morais, pouco sustentados científica ou tecnicamente, mesmo em profissionais com uma maior formação nessas áreas, que a princípio deveriam fornecer subsídios ao demais profissionais.

- **Drogas como sendo um problema social**

A maioria dos participantes reconhecem as drogas como um sério problema social, mas apresentam dificuldades em fazer qualquer tipo de posicionamento a respeito do assunto. Dois profissionais se limitaram a responder que era um problema sério, sem fazer qualquer consideração. Outros descreveram as drogas como “um mal da sociedade, um sintoma do sofrimento da sociedade” ou um “problema socioeconômico”. Apesar de possuírem essa compreensão, novamente se verificou uma racionalidade baseada em valores morais, com os profissionais reproduzindo falas do senso-comum e tratando uma questão a qual deveriam ser os técnicos de referência a partir de informações divulgadas pela mídia.

A questão da mudança no perfil dos usuários de drogas na atualidade, como o aumento da média de idade dos usuários e a feminilização dos mesmos também foi destacada.

“... me chama muito a atenção a questão do uso... o aumento do número de mulheres também com o uso principalmente do álcool...” (E3)

Questionada, a profissional justificou essa percepção através da observação do público que frequenta o serviço, sendo a única participante a justificar sua resposta baseando-se em observações realizadas em sua prática. A profissional também foi a única a orientar-se por combinações de fluxo feitas em reunião de equipe, procurando realizar uma atenção mais técnica e menos moralista, o que gera divergências de condutas entre os turnos, uma vez que trabalha no período da manhã e a profissional que assume o seu lugar não age da mesma forma, ocasionando a saída de usuários em desintoxicação da

unidade e a utilização dos leitos para outros fins que não o de desintoxicação.

Por fim, dois entrevistados justificaram a problemática da drogadição na atualidade como um problema decorrente da mudança nos valores familiares, educacionais e culturais, que “vem sendo construída já há muitos anos”.

“Os valores também foram se modificando ao longo das décadas... a questão dos valores familiares de educação, de respeito com o outro, de honestidade de idoneidade... eu acho que os valores é que norteiam o uso de drogas hoje” (E8).

“... eu não consigo ver na história da humanidade nenhum momento histórico onde a coisa estivesse tão favorável prá que as pessoas fizessem uso de alguma substância e não to falando da facilidade de tu ter acesso a substância, estou falando da questão mesmo de habilidades pessoais, da transcendência, da questão dos relacionamentos interpessoais, das qualificações, das potencialidades...” (E13).

“... infelizmente não vejo que a situação se reverta tão facilmente num período de tempo curto acho que a coisa vai piorar e muito...” (E13).

E13 faz colocações importantes referentes à compreensão da drogadição, contextualizando a problemática em leitura acerca da construção sócio-histórica do problema, mas não utiliza essa compreensão em sua prática, nem a compartilha com os colegas de trabalho, preferindo manter a postura de vítima em relação à sua condição no serviço e o boicote às deliberações e condutas da coordenação, reforçando uma racionalidade política, percebida e discutida anteriormente.

- **Responsabilização dos atores envolvidos no uso de drogas**

A questão das drogas na atualidade também foi apresentada com uma compreensão voltada para a responsabilização dos atores envolvidos, na forma como o assunto é discutido na sociedade. Foi destacado o papel da mídia, que não trata o tema da drogadição como deveria ser tratado.

“... a mídia está mostrando que é ruim, mas tomou uma proporção que o ideal seria um trabalho preventivo...” (E4).

“... mereceria muito mais atenção efetiva do que a mídia dizer

que o crack mata, pois é um problema social muito mais amplo...” (E4).

“... na verdade a mídia, hoje o que mais se fala é em crack... mas a droga, historicamente, sempre esteve na sociedade... a mídia coloca o tempo inteiro, mas ela não fala ‘Álcool nem Pensar’, ‘Tabaco nem Pensar’... na verdade drogas são várias substâncias e as pessoas têm dificuldade de entender, elas na verdade querem a sociedade sem drogas, mas é uma sociedade ilusória, não existe uma sociedade sem drogas, existem talvez pessoas que usam drogas e usam drogas de forma segura... Mas a gente não pode querer na verdade, é banir a droga...” (E16)

O usuário como responsável pela sua condição de uso/abuso e sua relação com o meio em que se encontra inserido foi colocado por três profissionais, mas utilizando-se de justificativas diferentes.

“... eu acho que é um fracasso... eu acho que é a cabeça, cada pessoa tem uma cabeça diferente porque no meu caso assim... eu tive uma vida bem sofrida... então se fosse por esse lado então eu seria uma drogada, uma prostituída, uma drogada...” (E7).

“... A maconha, cocaína e o crack, muitas vezes, são uma forma de fuga, uma dificuldade em lidar com algumas questões da vida...” (E9).

“... a pessoa acaba sendo aprendida pela própria experiência e acaba indo pro que hoje estamos lidando com a questão do adoecimento, tentando mesmo lidar com um tipo de sofrimento, adoecimento” (E15).

Enquanto E7 culpabilizou diretamente os usuários, percebe-se que E9 e, principalmente, E15, tentam justificar a responsabilidade do usuário pelo seu estado com um posicionamento teórico, mas todos os três reproduzem o senso-comum de que no que se refere às drogas “entra quem quer e sai quando quiser”. Em síntese, não há um posicionamento de uma prática associada à teoria, com os profissionais se limitando a reproduzir o discurso hegemônico, responsável pelo estigma do usuário como uma *pária* social e pelas políticas de exclusão social dos mesmos.

A dificuldade de implementação das políticas públicas foi relatada por E6, E10 e E12, justificando que as mesmas não tratam efetivamente da prevenção.

“... eu acho que então uma política pública deveria trabalhar melhor a pessoa, uma inserção melhor no mercado de trabalho... trabalhar a autoestima das pessoas...” (E6).

“Eu acho assim que as drogas estão aumentando vertiginosamente, principalmente o crack, por falta de prevenção... por

falta de políticas públicas na educação na... do planejamento familiar, do fato de não diagnosticar doenças mais precoces na infância e na adolescência... deveria se diagnosticar precocemente transtornos mentais, que são comorbidades ao uso de drogas.” (E10).

“Os CAPSAd, em todo o Brasil, são apenas contemplativos, só prá não piorar a situação... ninguém está indo lá atrás, na fonte onde tá começando... parece normal prá sociedade ver alguém bebendo na rua, alguém usando droga... a gente não está fechando a entrada, apenas conseguindo meio que melhorar um pouco os que já estão em abuso da droga...” (E12).

O questionamento do andamento e da construção de políticas públicas, bem como sua efetivação, é fundamental para o desenvolvimento de uma atenção qualificada ao usuário do serviço público, em especial a população com problemas decorrentes do uso/abuso de substâncias psicoativas. Mas é importante também conhecer as políticas públicas existentes, a fim de aprimorá-las, se necessário, ou até mesmo propor mudanças. Nesse sentido as colocações dos profissionais tornam-se preocupantes no sentido em que criticam e sugerem que as políticas públicas em álcool e outras drogas são pouco efetivas, mas desconhecem suas diretrizes, conforme discutido anteriormente em outra categoria de análise, ou seja, os atores que deveriam ser protagonistas no desenvolvimento das políticas públicas, acabam por se isentar desta responsabilidade, como se estivessem na posição de espectadores de sua execução.

E. Concepções acerca das razões pra se usar drogas abusivamente

Com o propósito de discutir os motivos que levam uma pessoa a fazer uso de drogas esta categoria foi colocada em separado das demais.

Dois participantes não souberam se posicionar a respeito. Enquanto um respondeu diretamente que não sabia dizer o que leva alguém a fazer uso abusivo de drogas, o outro disse que se deve ouvir cada caso antes de dar alguma resposta sobre o assunto. Os demais participantes responderam considerando os aspectos culturais e/ou situações sociofamiliares, os aspectos emocionais e os transtornos mentais associados às condições de abuso de drogas.

- **Aspectos culturais e/ou situações sociofamiliares.**

Seis participantes relataram que o início do uso está diretamente ligado às questões relativas à dinâmica familiar, seja pela falta de uma estrutura familiar, seja por uma estrutura familiar permissiva ao uso de drogas, em especial o álcool, ou por condições de uso/abuso que vão passando de geração para geração.

“... a gente percebe muito aqui as ‘desestruturas’ familiares, se a gente for analisar nas entrevistas individuais fica muito claro isso, muita gente que vem não tiveram a presença um de pai ou não tiveram presença de uma mãe na infância, ou os pais viviam uma relação de muito conflito. É muito raro a gente encontrar alguém que fala assim ‘não, eu tive uma família bem estruturada e lá pela adolescência por curiosidade eu entrei nas drogas’, o que prevalece o contrário...” (E14).

O uso de drogas foi relacionado a problemas educacionais e a falta de informação a respeito do riscos envolvidos no uso abusivo por dois profissionais, enquanto outros três o associaram às dificuldades profissionais, estando associadas à falta de perspectiva de vida.

E2 relacionou o uso de drogas à criminalidade.

“... quando eles começam a usar, quanto mais eles usam mais eles querem, e se não tem, ficam doidos... aí querem roubar, querem fazer isso, querem aquilo... ficam desnorreados... aí vão pegando bicicleta, celular, para trocar por droga... Essas coisas todas, aí tem que ter a droga para eles acharem que estão bem... E no entanto só estão fazendo mal...” (E2).

E10 reforça a associação com a criminalidade justificando com a crença na impunidade existente e na descrença nas instituições de controle e repressão.

“... as pessoas fazem sabem que tão fazendo errado e não existe uma punição, não existe uma, por menor que seja... isso aí dá uma margem prá essas pessoas acabarem experimentando e, depois que experimenta é mais difícil de parar de usar droga...” (E10).

Como em situações anteriores, verificou-se junção de uma racionalidade biomédica associada a uma racionalidade metafísica e moralista, justificando políticas repressoras, colocando o usuário na posição de culpado e tendo como consequência posicionamentos contraditórios como, por exemplo, o de E10, que anteriormente defendeu uma maior punição e depois justificou que o uso de drogas é uma questão de sobrevivência em situações de vulnerabilidade social, ou seja, reconhece as condições de vulnerabilidade do uso, mas faz uma defesa da criminalização do usuário.

O modelo jurídico-moral apresenta-se nesta categoria em sua

forma mais evidente, seguindo resultados de outros estudos (Souza *et al.* 2007; Moraes, 2008) e justificando um modelo de atenção focado na suposta periculosidade dos usuários em condutas disciplinares, exemplificados em situações com as assembleias de urgência, descritas anteriormente. Moraes (2008) descreveu em seu estudo que tais comportamentos tinham a função de corrigir possíveis “desvios de conduta”, enquanto que neste estudo apareceu mais como uma forma de mostrar “quem estava no comando”.

A racionalidade religiosa apareceu nos discursos de E6, que coloca o uso abusivo de drogas como falta de fé e a necessidade da pessoa buscar uma crença para se apegar e superar os problemas da vida.

“... se a pessoa tem algo que respalde ela, geralmente ela consegue superar isso e conviver e viver a vida, se a pessoa não tem isso fica mais difícil...” (E6).

- **Aspectos emocionais**

Em relação aos aspectos emocionais relacionados ao uso abusivo de drogas, foram pontuados, como fatores de risco, a carência afetiva, a baixa autoestima, a baixa tolerância a frustrações e a falta de estrutura emocional.

Nessa subcategoria foram incluídas algumas questões relativas a atitudes paternalistas perante os usuários, que foram percebidas durante as observações. A fala abaixo é um exemplo disso:

“... eu costumo brincar, conversar, tratar bem eles, porque eu sinto uma carência... uma coisa que eu não sei explicar, eles mesmo não sabem também, porque eu digo assim... eles são bonzinhos, tem uns que são tão carentes, tão bonzinhos que tratam bem a gente, beijam a gente, e a gente vê que eles buscam alguma coisa, eles tem uma...” (E7).

Essa fala da profissional vai ao encontro a uma série de condutas observadas, como o fato de abandonar sua função (recepcionista) para fazer “bolinhos de chuva” e levar usuários para salas que já estavam ocupadas em outros atendimentos. Um bom acolhimento ao usuário envolve tanto trato com educação e decoro quanto a escuta da demanda apresentada pelo mesmo, o que envolve conhecimento técnico para saber separar as queixas apresentadas de comportamentos que reforçam a condição que levou o usuário a buscar o tratamento.

O uso de drogas como fuga ou enfrentamento dos problemas

apareceu na fala de quatro participantes, associando que a droga é uma forma de ganhar “coragem”, “enfrentar os traumas da vida” ou uma “válvula de escape”.

E4, E13 e E16 foram os únicos participantes a colocar a questão do uso de drogas também como uma busca pelo prazer.

“... Em alguns casos eu acho que não dá prá generalizar, porque se generaliza, tu desconsidera as questões pessoais... esse movimento que a gente tá de buscar fora algo prá gente, seja esse buscar pode ser desde um alívio quanto uma questão de euforia, de bem estar... qual a pessoa que nunca fez uso abusivo de alguma substância?” (E13).

“... eu posso usar drogas porque naquele momento eu quero sentir prazer ou quero realmente ver o quê que é, assim, o quê que a droga vai fazer comigo, se vai alterar meu humor... se realmente eu vou ter alucinação...” (E16).

- **Transtornos mentais.**

O uso abusivo de drogas com um transtorno mental pré-existente, foi pontuado por dois entrevistados, seja por uma depressão ou por um transtorno ansioso. Um profissional ainda respondeu em outra pergunta que o desenvolvimento de estratégias de diagnósticos precoce de transtornos ansiosos e de humor poderia ajudar na prevenção quanto ao uso abusivo de drogas.

“... o paciente tem alguma coisa que leva ele a usar drogas... seja ela ansiedade, depressão, esquizofrenia... que leva então a dependência química, que é um sintoma dessa patologia.” (E10).

Apesar da relação droga-transtorno mental aparecer nas respostas desse grupo restrito de profissionais, a conduta taxonômica e psiquiátrica, condizente de uma racionalidade biomédica, serve de pano de fundo das ações, pois é o recurso utilizado em situações envolvendo casos de usuários em situações mais complexas, onde o diagnóstico psiquiátrico e o consequente uso de suas tecnologias, exames e internação, será o fio-condutor na resolução de tais situações. Novamente citamos o estudo de Bueno e Caponi (2009), onde os profissionais reconhecem a internação psiquiátrica, como sendo uma ação última e mais efetiva, quando da ausência de resultados na ação dos serviços substitutivos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento de Reforma Psiquiátrica, originado nas lutas dos trabalhadores de saúde mental, aliado ao Movimento Sanitário, trouxe a luz da saúde pública e do debate comunitário uma questão antes encoberta na escuridão dos manicômios, que foi a discussão acerca do modelo de atenção em saúde mental. Na bagagem dessas discussões veio à tona também a necessidade de um sistema público de saúde para atender à demanda decorrente do uso/abuso de substâncias psicoativas, usualmente chamadas de drogas. A trajetória desse processo propiciou um conjunto de sistemas de racionalidades, muitas vezes contraditórias entre si, de onde se originaram tanto a legislação atual em saúde mental, como a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPSad), como dispositivos desse novo modelo de atenção, surgem com a proposta de romper com a tradicional negligência do estado quanto a essa demanda, que foi ocupada com modelos de atenção pautados, ora em racionalidades religiosas, ora em uma suposta racionalidade científica baseada no poder médico. Essa conjuntura deu origem a “aberrações” metodológicas do modelo anterior nas suas práticas e cuidados, onde se aliava a farmacoterapia com os ritos religiosos e morais, ao mesmo tempo em que o usuário continuava dependente do saber técnico do profissional, sem que suas demandas fossem consideradas na construção de um projeto terapêutico individualizado, que contemplasse a relação estabelecida com a droga.

Este estudo buscou compreender como a coexistência de diversas racionalidades no CAPSad estavam contribuindo para a construção de novas práticas e cuidados na atenção à drogadição, que realmente pudessem contemplar a necessidade do sujeito que procura tratamento e, ao mesmo tempo, romper com práticas de cunho moralista. Para isso foram observados tanto a construção do projeto terapêutico institucional quanto as trajetórias dos profissionais inseridos no CAPSad estudado.

Os resultados apontaram um serviço composto por profissionais com trajetórias acadêmicas e profissionais bastante diferentes entre si e com importante experiência na atenção ao público em geral, mas que, na maioria das vezes, eram usadas mais para justificar o ‘jogo de poder’ presente em praticamente todos os processos da dinâmica institucional. Por outro lado, a experiência com a demanda específica de usuários de

álcool e outras drogas se mostrou bastante incipiente. Esse pouco conhecimento técnico com a demanda do serviço, aliado à compreensão parcial da política oficial de atenção a esse público, dificultava a interação das trajetórias individuais dos profissionais na construção de um projeto de atenção em comum ao serviço, bem como a compreensão da demanda trazida pelos usuários. Os profissionais apresentavam um vínculo de distanciamento com o serviço ao qual estavam inseridos, colocando-se na posição de vítimas de fatores e decisões externos, não se sentindo responsáveis pela sua organização, fugindo de uma das principais funções dos CAPS, que é, juntamente com a organização da rede de atenção em saúde mental, a corresponsabilização na construção dos projetos terapêuticos institucionais e individuais.

As consequências dessas posturas são um conjunto de contradições entre as trajetórias e as formações profissionais com as práticas e cuidados desenvolvidas dentro do CAPSad, o que vai ao encontro dos resultados da revisão bibliográfica deste estudo, que demonstraram intervenções ainda baseadas em um modelo biomédico e moral, em contradição com a política oficial de atenção. A ideologia da reforma psiquiátrica, bem como a do movimento sanitário, apareceu apenas enquanto discurso sem conteúdo, uma vez que a prática observada era baseada em uma postura disciplinar e focada na ideia de periculosidade dos usuários, não apresentando uma preocupação com a forma como os usuários inseridos no programa compreendiam a atenção recebida. O modelo de atenção era verticalizado e superficial, eclodindo na ausência de um fluxograma formal e em projeto terapêutico institucional fragmentado, não havendo, inclusive, um espaço formal e estruturado para que esse projeto fosse construído em conjunto com os usuários atendidos.

A compreensão do fenômeno da drogadição era bastante diferente entre os profissionais, com racionalidades bastante diferenciadas entre si, além das dificuldades dos profissionais em conversarem acerca de um assunto que deveria pautar toda a sua prática, com discussões sobre o tema fazendo parte da rotina do serviço, que deveria ser uma referência na atenção às questões relativas ao uso/abuso de drogas.

Faz-se necessário também uma maior aproximação do serviço com a gestão municipal, a fim de promover a melhor compreensão da função do CAPSad dentro da rede de atenção e estabelecer uma maior convergência das ações.

Os resultados indicam uma necessidade urgente de uma

formação continuada que apresente não somente as questões básicas preconizadas pela política de atenção, como também a elaboração de planejamento estratégico que contemple: um fluxograma de atendimento; a descrição de cada atividade desenvolvida, bem como a inserção desta em um projeto terapêutico coerente com as necessidades do usuário; além de um plano de acolhimento na inserção de novos funcionários na unidade, evitando práticas divergentes e atuando na resolução de possíveis conflitos.

Também de faz importante a organização do dispositivo da supervisão clínico-intitucional, disponibilizado pelo Ministério da Saúde, como complemento na elaboração e efetivação de um modelo de atenção em álcool e outras drogas para o serviço estudado, visto que a presença de um observador externo poderá facilitar a resignificação dos atores envolvidos quanto ao real papel do CAPSad dentro da rede de atenção, uma vez que não estava exercendo de forma efetiva a função de referência para a rede assistencial disponível no território ao qual se encontra inserido.

O presente estudo, apesar de apresentar uma detalhada descrição da realidade do CAPSad observado e da forma como se processa sua dinâmica de funcionamento, faz com que seja importante novos estudos que contemplem, além da observação das racionalidades dos profissionais, as concepções dos usuários e da comunidade envolvida, além de um levantamento da forma como o gestor percebe a importância de tal serviço dentro da rede de atenção.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (2006). Rumo ao fim dos manicômios. *Revista Mente & Cérebro*, n. 164, 30-35.

Andrade, L. O., Pontes, R. J., & Martins Júnior, T. (2000). A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública [online]*, 8(1-2), 85-91.

Bezerra, E., & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28 (3), p. 632-45.

Bertolino, P. (2005). *Sistema de Racionalidades*. Acesso em 21 de outubro de 2009, disponível em Núcleo Castor - Estudos e Atividades em Existencialismo: <http://www.nuca.org.br/Paginas/Leis/Sistemas%20de%20racionalidades.jpg>.

Brasil, Ministério da Saúde. (1986). VIII Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2004a). A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2.ed. (rev. ampl). Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2004b). *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2005). *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. Coordenação Geral de Saúde Mental, Secretaria de Atenção à Saúde, DAPE. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde. (2010). IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Relatório Final. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

Bueno, M. L., & Caponi, S. (2009). A construção do discurso dos sujeitos envolvidos com o processo de reforma psiquiátrica: um estudo sobre o município de Joinville/SC. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 13, p. 137-50.

Campos, L. F. (2004). *Métodos e Técnicas de Pesquisa em Psicologia* (3ª ed.). Campinas, SP: Alínea Editora.

Campos, R. T., Furtado, J. P., Passos, E., Ferrer, A. L., Miranda, L., & Gama, C. A. (2009). Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 43 (Supl. 1), p. 16-22.

Coelho, M. T., & Almeida Filho, N. (1999). Normal-patológico, saúde-doença: revisitando Canguilhem. *Physys: Revista de Saúde Coletiva*, 9(1), 13-36.

Coelho, M. T., & Almeida Filho, N. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde*, 9(2), 315-333.

Cooper, D. (1976). *Psiquiatria e Anti-Psiquiatria*. São Paulo: Perspectiva.

Cordeiro, H. (2004). O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva [online]*, 14(2), 343-362.

Cruz, M. S. (2006). Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In: O. Cirino, & R. Medeiros (org.), *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis* (p. 13-24). Belo Horizonte: Autêntica.

Faria, J. G., & Schneider, D. R. (2009). O Perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia e Sociedade*. (No prelo)

Gonzalez Rey, F. (1997). Psicologia e saúde: desafios atuais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10(2), 275-288.

Howard, V., & Holmshaw, J. (2010). Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 17(10), p. 862-72.

Jenkins, R., Lancashire, S., McDaid, D., Samyshkin, Y., Green, S., Watkins, J., *et al.* (2007). Mental health reform in the Russian Federation: an integrated approach to achieve social inclusion and recovery. *Bulletin of the World Health Organization*, 85 (11), p. 858-66.

Leone, E. B. (2000). Balanço da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental – 1990/1997. *Revista de Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas*, Edição Especial Temática, 121-151.

Matos, M. G. (2004). Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise Psicológica*, 3(22), 449-462.

Mello, R., & Furegato, A. R. (2008). Representações de usuários, familiares e profissionais acerca de um Centro de Atenção Psicossocial. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, 12 (3), p. 457-64.

Mielke, F. B., Kantorski, L. P., Jardim, V. M., Olschowsky, A., & Machado, M. S. (2009). O cuidado em saúde mental no entendimento dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14 (1), p. 159-64.

Minayo, M. C. (2008). *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde* (11ª ed.). São Paulo: Editora Hucitec.

Miranda, L., & Campos, R. T. (2008). Análise do trabalho de. *Revista de Saúde Pública*, 42 (5), p. 907-13.

Moraes, M. (2008). 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*, 13(1), 121-133.

Moreira, D. A. (2004). *O Método Fenomenológico na Pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thompson.

Moreira, M. I., & Andrade, Â. N. (2007). Habitar a cidade: análise de

serviços residenciais terapêuticos. *Psicologia e Sociedade* , 19(3), 46-54.

Nascimento, A. d., & Galvanese, A. T. (2009). Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública* , 43(Supl. 1), p. 8-15.

Nunes, M., Torrenté, M. d., Ottoni, V., Moraes Neto, V., & Santana, M. (2008). A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um. *Cadernos de Saúde Pública* , 24 (1), p. 188-196.

Olschowsky, A., Glanzner, C. H., Mielke, F. B., Kantorski, L. P., & Wetzel, C. (2009). Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz de Iguaçu. *Rev Esc Enferm USP* , 43(4), p. 781-7.

Olabuénaga, J. I. (1999). *Metodologia de la investigación cualitativa* (2ª ed.). Bilbao, España: Universidad de Deusto.

OMS, Organização Mundial da Saúde. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York, EUA. Acesso em 15 de outubro de 2009, disponível em http://www.searo.who.int/LinkFiles/About_SEARO_const.pdf

OMS, Organização Mundial da Saúde. (1978). *Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, Casaquistão*. Acesso em 15 de outubro de 2009, disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

Pinho, L. B., Hernández, A. M., & Kantorski, L. P. (2010). Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento. *Interface: comunicação, saúde e educação* , 14, p. 103-13.

Pinho, P. H., Oliveira, M. A., Vargas, D., Almeida, M. M., Machado, A. L., Silva, A. L., et al. (2009). Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP* .

Pontes, P. A., & Fraga, M. d. (1997). Reforma psiquiátrica no Ceará: descrição de um caso. *Rev. latino-am.enfermagem* , 5 (n° esp.), p. 45-50.

Rebouças, D., Abelha, L., Legay, L. F., & Lovisi, G. M. (2008). O trabalho em saúde mental: um estudo de. *Cadernos de Saúde Pública* , 24 (3), p. 624-632.

Reis, R., & Garcia, M. L. (2008). A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. *Ciência & Saúde Coletiva* , 13(6), p. 1965-74.

Rezende, M. M. (2000). Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações. *Revista Biociências de Taubaté* , 6(1), 49-55.

Rézio, L. d., & Oliveira, A. G. (2010). Equipes e condições de trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial em Mato Grosso. *Esc Anna Nery Rev Enferm* , 14 (2), p. 346-354.

Sartre, J. P. (1971). *L'Idiot de la Famille: Gustave Flaubert de 1821 à 1857*. Paris: Gallimard.

Schneider, D. R. (2010). Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3): 621- 632.

Schneider, J. F., Souza, J. P., Nasi, C., Camatta, M. W., & Machineski, G. G. (2009a). Concepções de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. *Revista Gaúcha de Enfermagem* , 30 (3), p. 397-405.

Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: a review of the evidence on an intricate relationship. *Int Rev Psychiatry* , 19(2), p. 137-55.

Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista Saúde Pública* , 31(5), 538-542.

Souza, J. D., Kantorski, L. P., Gonçalves, S. E., Mielke, F. B., &

Guadalupe, D. B. (2007). Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: Novas propostas, novos desafios. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 15(2), 210-17.

Tesser, C. D., & Luz, M. T. (2002). Uma introdução às contribuições da epistemologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2), 363-372.

Tesser, C. D., & Luz, M. T. (2008). Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(1), 195-206.

Tesser, C. D. (2009). Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições pouco exploradas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(8), 1732-42.

Traverso-Yépez, M. (2001). A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 49-56.

Witter, G. P. (2008). Psicologia da Saúde e Produção Científica. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 577-584.

ANEXO 01

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas**

Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado (a) profissional do CAPSad,

Meu nome é Jeovane Gomes de Faria e estou realizando uma pesquisa na qual gostaria de solicitar sua preciosa participação. Esta pesquisa é intitulada de ***“Racionalidades Teórico-Metodológicas de Profissionais do CAPSad: Implicações para as práticas e cuidados no serviço”***. Esse estudo tem por objetivo investigar as práticas e cuidados desenvolvidos no serviço, o que propiciará o levantamento de informações que poderão auxiliar futuros estudos acerca da atenção a usuários de álcool e outras drogas, bem como a elaboração de estratégias de educação continuada para profissionais inseridos nesses serviços.

Sua participação é voluntária e anônima, isto é, suas respostas nunca serão divulgadas individualmente. Caso você aceite participar, solicito a permissão para que possa gravar e utilizar a entrevista respondida por você, sendo que apenas eu terei acesso direto às informações que forem dadas. Seu nome será omitido na divulgação dos resultados e deverá ser colocado apenas nesta página, que após o preenchimento do questionário, será destacada deste material, não permitindo sua identificação.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone (47) 9656-7030 ou pelo e-mail: psijeo@yahoo.com.br.

Eu, _____,
fui esclarecido (a) sobre a pesquisa: **Racionalidades Teórico-Metodológicas de Profissionais do CAPSad: Implicações para as práticas e cuidados no serviço** e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, ____/____/ 2010.

Assinatura do participante

ANEXO 02

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas****Autorização para realização da pesquisa**

Prezado Sr. (a) Coordenador (a) Municipal de Saúde Mental,

Meu nome é Jeovane Gomes de Faria e estou realizando uma pesquisa na qual gostaria de sua autorização para utilização do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Outras Drogas (CAPSAd) de seu município como campo de pesquisa. Esta pesquisa é intitulada de **“Racionalidades Teórico-Metodológicas de Profissionais do CAPSAd: Implicações para as práticas e cuidados no serviço”**. Esse estudo tem por objetivo investigar as práticas e cuidados desenvolvidos no serviço, o que propiciará o levantamento de informações que poderão auxiliar futuros estudos acerca da atenção a usuários de álcool e outras drogas, bem como a elaboração de estratégias de educação continuada para profissionais inseridos nesses serviços.

O estudo será realizado através de observação das rotinas do serviço e entrevistas individuais com os profissionais da unidade, previamente autorizadas pelos mesmos através de Termo de consentimento livre e esclarecido. Todas as participações serão voluntárias, com omissão de quaisquer dados de identificação dos participantes. Também serão omitidos, para fins de divulgação dos resultados, os dados de identificação da unidade de saúde, bem como a cidade em que se encontra em funcionamento, que deverão constar apenas nesta página, que será destacada dos demais materiais do estudo, não permitindo sua identificação. Se o Sr. (a) tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais autorizar a realização do mesmo, poderá entrar em contato pelo telefone (47) 9656-7030 ou pelo e-mail: psijeo@yahoo.com.br.

Eu, _____, fui esclarecido (a) sobre a pesquisa: **Racionalidades Teórico-Metodológicas de Profissionais do CAPSAd: Implicações para as práticas e cuidados no serviço** e autorizo a utilização do CAPSAd da cidade de _____ como campo de estudo e concordo que os dados coletados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, ____/____/ 2010.

Assinatura do (a) Coordenador (a) Municipal de Saúde Mental

ANEXO 03**Dados de Identificação:**

Idade: _____ Sexo: _____

Profissão: _____

Cargo: _____

Vínculo: _____ Carga Horária:

Tem formação complementar em álcool e drogas? () Sim () Não.

Qual? _____

Entrevista semi-estruturada

01 – Como você fez sua formação profissional (graduação e pós-graduação)?

02 - Quais as suas experiências profissionais anteriores (trajetória profissional)?

03 - Como você foi sua entrada no CAPSad?

04 - Há quanto tempo está inserido (a) no serviço?

05 – Você conhece a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas? Caso conheça, comente sobre ela.

06 – Qual o modelo de atenção desenvolvido no CAPSad? Comente sobre ele.

07 - Você tem alguma sugestão para o aprimoramento do modelo de atenção do CAPSad? Caso tenha, qual é?

08 – Como você compreende a questão das drogas na atualidade?

09 - No seu entendimento, o que leva uma pessoa a usar drogas abusivamente?