

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE

Curso de Psicologia

JOSÉ CARLOS FERREIRA

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS
(CAPS-ad): A EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MEN-
TAL NUMA UNIDADE DA BAIXA MOGIANA**

São Bernardo do Campo

2011

JOSÉ CARLOS FERREIRA

**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS
(CAPS-AD): A EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
MENTAL NUMA UNIDADE DA BAIXA MOGIANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.
Orientador: Profº Dr. Manuel Morgado Rezende

São Bernardo do Campo

2011

A dissertação de mestrado sob o título “**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS-ad): A EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL NUMA UNIDADE DA BAIXA MOGIANA**”, elaborada por **José Carlos Ferreira** foi apresentada e aprovada em 17 de Outubro de 2011, perante banca examinadora composta por **Prof. Dr. Manuel Morgado Rezende** (Presidente/UMESP), **Profa. Dra. Maria Abigail de Souza** (Titular/USP) e **Profa. Dra. Hilda Rosa Capelão Avoglia** (Titular/UMESP).

Prof. Dr. Manuel Morgado Rezende

Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Geralda Viana Heleno

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu pai, José Ferreira Netto, que me legou um inestimável exemplo de honestidade, trabalho e coragem diante das adversidades da vida. E à minha mãe, Dirce Maria Ferreira, que com a sua sabedoria singela e sua profunda capacidade de amar marcou a minha existência para sempre. Ambos já partiram para novas jornadas em outras dimensões da vida, de onde compartilham comigo a alegria desta conquista.

Papillon, papillon, sans vous il n'y aurait pas de fleurs, du parfums ou des jardins.

AGRADECIMENTOS

A todos os professores do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, com quem tive a satisfação e a honra de conviver e aprender muito sobre tantas coisas!...

Ao meu orientador Manuel Morgado Rezende, pessoa que sabe aliar competência, simpatia e simplicidade na arte de ensinar. Em sua humanidade soube me compreender, tolerar e apoiar na travessia das fortes dificuldades pessoais por que passei durante o curso de mestrado. Sem a sua estimulante bonomia teria sido muito difícil chegar ao final.

Aos meus colegas de mestrado que, com sua amizade e solidariedade, tornaram mais suave e mais feliz esse período de intenso trabalho e dedicação.

Ao corpo de profissionais do CAPS-ad onde realizamos este estudo, pela simpatia com que me receberam e pelo generoso desprendimento que demonstraram ao sacrificar horas do seu trabalho para cooperar comigo no desenvolvimento das entrevistas.

Aos meus familiares que compreensivamente aceitaram, de boa vontade, a minha frequente ausência nos encontros e momentos de confraternização, por força da necessidade de dedicar-me ao estudo e aos trabalhos que o curso de mestrado exigiu. Agradeço particularmente à Zilca, Flávia, Lívia e Karen, tesouros da minha existência, sempre presentes, de forma insubstituível, em todos os passos da minha vida. Agradeço também às minhas irmãs Maria Lúcia e Rosa Meire, e ao meu genro José Renato, sem cujo apoio nas horas mais incertas, eu não teria chegado até aqui.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS-ad): A EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL NUMA UNIDADE DA BAIXA MOGIANA

FERREIRA, J. C.

Resumo

O uso abusivo de substâncias psicoativas tem sido objeto de preocupação e alvo de políticas públicas de enfrentamento, praticamente no mundo todo. O reconhecimento de que tal forma de uso acarreta relevantes consequências econômicas, sociais, acadêmicas, familiares e de saúde física e mental, tem levado as autoridades competentes a criar programas que visam a fazer frente à expansão desse fenômeno. No Brasil, após um período em que o tratamento oferecido aos usuários de substâncias era predominantemente asilar, vem ocorrendo mudanças significativas no modelo de atenção a essa população, notadamente com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, dentro da estrutura do Sistema Único de Saúde – SUS. O presente estudo tem por objetivo identificar e analisar a percepção dos profissionais de saúde mental que atuam no CAPS-ad, sobre a pertinência e a eficácia das abordagens e técnicas por eles utilizadas no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas. Visa também a conhecer a formação acadêmica e complementar desses trabalhadores; a natureza das relações profissionais que se estabelecem entre os membros da equipe; os resultados obtidos com o trabalho e o grau de satisfação dos profissionais com esses resultados. Objetiva ainda a identificar a representação que eles fazem desses usuários e o grau de confiança na proposta CAPS-ad. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de entrevistas semi-estruturadas e o tratamento dos dados foi realizado com base na técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. A investigação revelou que os profissionais não têm formação para lidar com dependência química, que a equipe não atua de forma interdisciplinar e que o tratamento é realizado de forma aleatória e com baixa eficácia. A representação que fazem do usuário é a de um indivíduo doente e ou vitimado pelas condições familiares e sócio-econômicas. Constatou-se também que a maioria dos profissionais tem dúvidas quanto à adequação do CAPS-ad como proposta para cuidar dos usuários de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: CAPS - álcool e drogas; abuso de substâncias; saúde mental; efetividade do tratamento; reforma psiquiátrica; experiência dos profissionais de saúde mental;

PSYCHOSOCIAL CARE CENTER OF ALCOHOL AND DRUGS: THE EXPERIENCE OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS IN A UNIT OF BAIXA MOGIANA

FERREIRA, J.C

Abstract

The abusive use of psychoactive substances has been subject of concern and a problem faced by public policies almost worldwide. The recognition that such use develops significant economic, social, academic, family, physical and mental health consequences has led authorities to create programs that aim to cope with the expansion of this phenomenon. In Brazil, after a period in which the treatment offered to substance abusers was predominantly asylum, there have been changes in the model of care for this population, especially with the implementation of Alcohol, Drugs and mental health services inside the “Sistema Único de Saúde” - SUS. This study aims to identify and analyze the perceptions of mental health professionals who work in ad-CAPS, the relevance and effectiveness of approaches and techniques they use to serve psychoactive substances users. It also wants to detect the academic and complementary formation of those workers, the nature of the professional relationship established between the team members, the results obtained with the work and the degree of satisfaction of those professionals with the results and identify the representation they have of those users and the degree of confidence in the ad-CAPS proposal. To collect data we used the semi-structured interview technique and the data processing was carried out based on the content analysis of Laurence Bardin technique. The research has shown that professionals do not have enough knowledge to deal with addiction, the team does not work in an interdisciplinary way and that the treatment is carried out randomly and with low efficiency. The representation they have the user is of a sick or victimized person by family and socio-economic circumstances. It was also found that most professionals have doubts about the adequacy of the ad-CAPS as a proposal to care for alcohol and other drugs users.

Keywords: Psychosocial care center – alcohol and drugs; substance abuse; mental health; effectiveness of treatment; psychiatric reform; experience of mental health professionals.

SUMÁRIO

1. Justificativa	9
2. Introdução	11
2.1. Atenção à saúde mental no Brasil antes e após à Reforma Psiquiátrica.....	14
2.1.1. Cenário Anterior à Reforma Psiquiátrica	14
2.1.2. Contexto Internacional das reformas na assistência à saúde mental	16
2.1.3. Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	17
2.2. Dispositivos de atenção à saúde mental	18
2.2.1. CAPS-AD – diretrizes, estrutura e funcionamento	20
2.2.2. Breve panorama sobre o funcionamento de alguns CAPS-ad	21
2.3. Considerações sobre a natureza do trabalho em saúde mental.....	26
2.3.1. Subjetividade e cuidado em saúde mental.....	29
2.4. Representações sociais na compreensão da dependência química.....	31
3. Objetivos	32
3.1. Objetivo geral	32
3.2. Objetivos específicos	33
4. Método	33
4.1. Tipo de estudo	33
4.2. Participantes.....	33
4.3. Local do estudo.....	33
4.4. Material e Instrumentos.....	34
4.5. Aspectos éticos.....	34
4.6. Riscos e benefícios.....	34
4.7. Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa	34
4.8. Procedimento de coleta de dados.....	35
4.9. Procedimento de análise do conteúdo da entrevistas	35
5. Resultados e Discussão.....	36
5.1. Caracterização dos participantes.....	36
5.2. Categoria e subcategorias de respostas	38
5.2.1. Categoria I – A relação do profissional com o seu trabalho.....	38
5.2.1.1. Subcategoria A - Percepção sobre a eficácia das abordagens e técnicas empregadas.....	38
5.2.1.2. Sub-categoria B – Acompanhamento da evolução do paciente.....	44
5.2.1.3. Sub-categoria C – Grau de satisfação com os resultados.....	46
5.2.1.4. Sub-categoria D – Sugestões para melhorar os resultados.....	49
5.3.1. Categoria II – Relação do profissional com a população atendida.....	53
5.3.1.1. Subcategoria E - Representação que o profissional faz do dependente químico.....	53
5.3.1.2. Sub-categoria F – Qualidade do relacionamento com os pacientes .	57
5.4.1. Categoria III – Relações do profissional com a equipe.....	58
5.4.1.1. Sub-categoria G – Organização e funcionamento da equipe	58
5.4.1.2. Sub-categoria H – Valorização do profissional pela equipe	62
5.4.1.3. Sub-categoria I – Circulação de informações e conhecimentos na equipe.....	63
5.4.1.4. Sub-categoria J – Nível de conscientização dos profissionais a res –	

peito das suas funções.....	66
5.4.1.5. Subcategoria K – Pressões no trabalho.....	68
5.5.1. Categoria IV – Satisfação com as relações de trabalho.....	72
5.5.1.1. Sub-categoria L – Satisfação no trabalho	72
5.5.1.2. Sub-categoria M – Satisfação com a remuneração	75
5.5.1.3. Sub-categoria N – Confiança na proposta CAPS-ad	78
5.5.1.4. Sub-categoria O – Perspectiva de futuro no CAPS-ad	82
6. Considerações Finais	86
Referências	92
Anexos	
Anexo A – Roteiro de entrevista	97
Anexo B – Ficha de caracterização do participante.....	98
Anexo C – Parecer do comitê de Ética em Pesquisa	99
Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	100

1. Justificativa

Como profissional de saúde mental que presta atendimento em consultório e realiza trabalhos comunitários de apoio a famílias em situação de risco, tenho acompanhado de perto os diversos problemas causados aos usuários e seus familiares, pelo uso abusivo de substâncias psicoativas. O sofrimento dessas famílias e a angústia que alguns desses usuários apresentam, por se perceberem aprisionados à uma situação da qual têm imensa dificuldade em se libertar, e os prejuízos acarretados nas diversas áreas de suas vidas, despertaram o desejo de aportar uma contribuição pessoal mais significativa à abordagem e compreensão desse delicado problema.

O uso abusivo de substâncias psicoativas tem sido objeto de preocupação e alvo de políticas públicas de enfrentamento, praticamente no mundo todo, embora os resultados nem sempre sejam satisfatórios. O reconhecimento de que tal uso acarreta conseqüências econômicas, sociais, acadêmicas, familiares e de saúde física e mental têm levado as autoridades competentes a criar programas que visem a fazer frente à expansão desse fenômeno.

No Brasil, após um período em que o tratamento oferecido aos toxicodependentes era de natureza predominantemente asilar, vem ocorrendo mudanças significativas no modelo de atenção a essas pessoas, mormente com a implementação, dentro da estrutura do Sistema Único de Saúde – SUS, dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-Ad), com o objetivo de prestar assistência ambulatorial a essa população.

A realidade, porém, é que o uso abusivo de substâncias vem crescendo, de maneira significativa, de acordo com informações do United Nations Office on Drugs and Crime - UNODC (2009). Dados publicados por esse órgão internacional revelam que no ano de 2007, entre 172 e 250 milhões de pessoas fizeram uso de alguma droga ilícita, sendo maior a prevalência da maconha, estimativamente entre 143 e 190 milhões de pessoas. Estimativas apontaram também a existência de 18 a 34 milhões de usuários problemáticos de drogas, com idade entre 15 e 64 anos, sendo estes que as consomem em maior quantidade e apresentam mais problemas de saúde e de afetação da ordem pública (UNODC, 2009).

Além das substâncias ilícitas, temos também um consumo elevado e crescente das drogas lícitas como o álcool e o tabaco. Em relação a estas, há o agravante do incentivo midiático e da livre distribuição, fatores esses que, reconhecidamente contribuem para o aumento do consumo, elevando os índices de problemas a ele relacionados.

De acordo com a fonte supracitada, as drogas ilícitas são - estimativamente - responsáveis por 200 mil mortes/ano. Enquanto somente o tabaco seria responsável por mais de 5 milhões. Estima-se ainda que o álcool seja responsável por 3,8% das mortes e 4,6% das doenças em todo o mundo.

No que se refere à situação nacional, temos os dados apresentados pelo II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas no Brasil, realizado em 2.005, em 108 cidades do país com mais de 200 mil habitantes (BRASIL, 2005). Esse levantamento aponta que 22,8 % da população na faixa etária entre 12 e 65 anos fizeram uso de alguma substância ilícita pelo menos uma vez durante a vida, o que correspondia à época a cerca de 12 milhões de pessoas. Sobre o uso de tabaco e ao álcool, os dados apontam números muito mais elevados, sendo que o taba-

co apresentou uma incidência de uso na vida de 44% e o álcool de 74,6%. Tudo indica que esses números decorrem do caráter legal destas, em relação às demais substâncias psicoativas.

Em relação à população universitária do Brasil os dados apurados pelo I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas Entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras (BRASIL, 2010), revelam que 86,2 % fizeram uso de álcool pelo menos uma vez na vida e 60,5 % o fizeram nos últimos 30 dias; em relação ao tabaco, as estatísticas apontam 46,7 % de uso na vida e 21,6 % nos últimos 30 dias; A panorama das drogas ilícitas é de 48,7 % de uso na vida e 25,9 % nos últimos nos últimos 30 dias.

É importante notar que mais de ¼ da população universitária do país fez uso de alguma droga ilícita e mais de 82 % o fizeram de alguma droga lícita nos últimos trinta dias anteriores ao levantamento.

Examinando todos estes dados é possível avaliar a extensão dos prejuízos provocados, considerando ainda que esses não se resumem à morbidade e à mortalidade, mas influenciam enormemente nos índices de violência social e doméstica, homicídios, diversos comportamentos de risco, doenças infecto-contagiosas, acidentes com veículos automotores e etc., com custos pessoais e sociais elevados.

Por outro lado parece evidente que um grande número, talvez a maioria dos profissionais que estão na linha de frente do atendimento aos usuários que se tornam dependentes e que compõem a população atendida pelos CAPS-ad, não apresenta qualificação condizente com o trabalho a ser realizado. Um estudo realizado em alguns centros de atendimento do Vale do Paraíba (REZENDE, 2005), demonstrou que nenhum dos 22 sujeitos entrevistados, todos com formação de nível superior, possuía especialização na área de atendimento a drogadependentes. Muito provavelmente, por causa desse despreparo, esse autor se deparou com profissionais cujas idéias e avaliações a respeito do consumo de drogas, não se distanciavam muito das do senso comum (REZENDE, 2003).

Derivando para uma rápida apreciação das instituições alternativas, ou complementares às ações do Estado, encontramos um estudo sobre a atuação de dez entidades que trabalham com toxicodependentes em quatro cidades do Vale do Paraíba (JESUS, 2006). Nesse estudo a autora constatou que nessas instituições o regime de tratamento é o de internação e o objetivo a ser alcançado é a abstenção. Constatou ainda que a maioria dos dirigentes não possui formação em dependência química e que a maioria dos dirigentes que participam das equipes de atendimento, são ex-dependentes. Esses dirigentes não consideram importante o estudo de técnicas prática e teoricamente embasadas e acreditam que apenas a experiência pessoal como ex-usuários é suficiente para o atendimento aos toxicodependentes. 50 % dessas instituições não possuem registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) ou na Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT). Esses dados fazem supor que nessas instituições a falta de qualificação dos profissionais e a ausência de acompanhamento dos órgãos oficiais de saúde, podem conduzir a tratamentos ineficazes ou mesmo iatrogênicos, o que não exclui a possibilidade de casos de sucesso.

Diante dessas constatações, creio ser de elevada relevância social e científica a realização de um estudo que, juntamente com os demais que vêm sendo realizados nesta área, auxilie a captar a percepção dos profissionais de saúde envolvidos com esta problemática, através de sua atuação num CAPS-ad, em relação ao trabalho que realizam, sua pertinência e eficácia na abordagem dos problemas relacionados à toxicodependência.

Creemos também de enorme importância a escuta das dificuldades encontradas, bem como das sugestões para o aprimoramento do trabalho que eles realizam.

2. Introdução

O uso de substâncias psicoativas é uma prática muito antiga, que remonta aos ancestrais da humanidade. Utilizada, a princípio, em rituais mágicos e religiosos, ou com finalidade recreativa, ou ainda com objetivos medicinais, sempre esteve presente como algo inerente a todas as culturas antigas. Todavia, com o passar do tempo, e com as transformações decorrentes, as características farmacológicas dessas substâncias foram se mesclando com os valores culturais sociais e econômicos de cada grupo humano, gerando e atribuindo novos significados ao seu uso. Nas sociedades ocidentais, depois de períodos de maior ou menor liberdade, quase todas as substâncias psicoativas tiveram o seu uso proibido. Mesmo o álcool, que nestas sociedades sempre gozou de um status privilegiado, teve a sua produção, circulação e consumo proibidos nos Estados Unidos da América entre 1.919 e 1.933. As conseqüências dessa proibição, como se sabe, foram desastrosas, resultando num significativo aumento da criminalidade, morbidade e mortalidade relacionadas ao álcool (ARAÚJO; MOREIRA, 2009).

Parece-nos evidente que essas alternâncias na forma de lidar com as drogas e o seu uso, refletem o desenrolar da história do pensamento das sociedades, entendida, de acordo com Foucault (1.978), como a formação, desenvolvimento e transformação das suas formas de experiência.

Consultando esse autor, em sua História da Loucura na Idade Clássica, encontramos significativos paralelos e uma possível relação de continuidade entre o imaginário popular e científico sobre a loucura e as adições. Afirma ele que na idade média a figura que encarnava todas as mazelas humanas era o leproso que, assim se fazia objeto de medo e desprezo, resultando na sua exclusão social por meio do confinamento. Havia nesse ato de exclusão um componente prático, que procurava evitar o contágio, e outro psicológico, pouco evidente, que consistia em manter longe das pessoas “saudáveis” aqueles que representavam os fantasmas internos de cada um.

Em meados do século XV a preocupação suprema com a lepra começa a desaparecer e o costume de encarcerar os leprosos vai sendo aos poucos abandonado. Não em razão de uma cura, que só muito mais tarde, já na idade contemporânea, veio a acontecer, e sim em virtude de mudanças ocorridas no modo de entender e de se relacionar com a lepra e com o confinamento. Essas mudanças, segundo Foucault (1978), não fizeram desaparecer os valores e imagens atribuídos ao leproso, nem o significado da exclusão dessa figura do convívio social. Esses dois fatores serão mais tarde retomados, num sentido novo, para caracterizar o fenômeno da loucura. Desse modo, um vazio se abre nos espaços de confinamento. Vazio esse que veio, mais tarde, no período clássico, a ser ocupado pela figura do louco (Foucault, 1978).

Na Renascença o fenômeno da loucura é marcado pela presença da “nau dos loucos”, embarcações que recolhiam essas figuras expulsas das cidades e com elas partiam em viagens intermináveis. Essas viagens tinham como objetivo explícito proteger a segurança dos cidadãos e outro semioculto que era afastar do convívio social a figura do louco, uma vez que a loucura causava inquietação e assombrava a imaginação dos homens e sobre eles exercia atração e fascínio. Nesse período, estavam presentes duas formas de experiência da loucura. Uma

experiência cósmica, representada pela nau dos loucos, que simbolizava o homem como um viajor errante em busca do seu destino e da sua verdade; e outra, a experiência crítica, que diz respeito às relações que o homem estabelece consigo mesmo (Foucault, 1978).

No período clássico, a consciência crítica prevalece. O sentido cósmico deixa de ser relevante e a loucura passa a ser considerada apenas do ponto de vista das relações do homem consigo mesmo; algo interior à razão que se fragmenta e cujas partes se opõem em conflito (Foucault, 1978). Outra observação importante, referenciada por esse autor, é que no período clássico tem início a Revolução Industrial, na qual o trabalho torna-se um valor ético e social importante. A figura do louco que na idade média, sob a influência católica, participava das virtudes da pobreza, passa agora a ser visto como um ser improdutivo, que precisa ser cuidado e alimentado, como um peso inútil para a sociedade. Sendo assim, tem de aceitar a perda da liberdade que lhe é usurpada por aqueles que dele têm de cuidar.

Assim sendo, os loucos passam, com o tempo, a ocupar o espaço vazio deixado pelos leprosos. Para o Foucault (1978), o internamento é a estrutura típica da experiência da loucura no período clássico. E será essa estrutura que mais tarde, no século XIX, será motivo de escândalo, com o surgimento de uma nova maneira de experienciar a loucura, que produzirá as idéias de libertação dos loucos do confinamento produzido a partir do século XVII (Foucault, 1978), movimento esse encarnado pela figura emblemática de Philippe Pinel.

Esclarece ainda esse autor que os internatos do século XVII não são instituições médicas, mas instituições de natureza jurídica, que decidem, julgam e executam. Essa estrutura de internamento é um fenômeno complexo, com significações políticas, econômicas, religiosas e morais.

As relações entre internamento e medicina têm início por volta do século XVIII, quando surge uma nova forma de enxergar o fenômeno da loucura, começando agora a ser pensada como uma doença. Surgem também aí as primeiras experiências de diálogo entre o médico e o louco, que no decorrer desse século e nos seguintes, terminará por ser um dos elementos chave na experiência da loucura.

Será somente a partir do estudo da cura e do tratamento das doenças nervosas que se estabelecerá a ligação, que ao longo do tempo se tornará cada vez mais estreita, entre internamento e medicina. Começa também aí a surgir a distinção, entre as doenças físicas e as doenças psicológicas ou morais, embrião da Psicologia, que modificará radicalmente a experiência da loucura, que deixará de ter um discurso próprio para ser enquadrada numa patologia (Foucault, 1978).

Ao analisar a história do uso de substâncias, fica claro que, semelhantemente ao que ocorreu com a lepra e a loucura, o sentido dessa experiência muda significativamente ao longo do tempo, tanto para os indivíduos quanto para as sociedades. Desde uma significação mítico-religiosa, elemento ritual ou indutor de êxtase, que possibilita o contato com o sobrenatural, passando pela condição de elemento de contestação de idéias e valores, até a classificação como prática marginal, criminosa e, portanto, passível de enquadramento em regimes de internamento ou prisão.

Parece também evidente que, à medida que a história do pensamento se desenrola, novas figuras sociais são transformadas em depositárias dos conflitos, medos, angústias e loucuras de toda a sociedade. Entendemos que, no contexto atual, esse ente social é a figura do dependente químico. Figura que ocupa agora o lugar que na idade média pertenceu ao leproso,

no período clássico e na contemporaneidade pertenceu ao louco e nas últimas décadas passou a ser ocupado por aquele que busca na “loucura” induzida pelas substâncias expressar um discurso de outro modo sufocado na intimidade do seu ser. Discurso que desconforta e amedronta porque dá notícia da loucura oculta em cada um de nós. É possível que esta seja uma das razões pelas quais o desatinado pelas drogas tem sido objeto de rituais de isolamento, exclusão, purificação e confinamento. Situação que vem se amenizando a partir dos conhecimentos advindos das novas pesquisas sobre o tema e da instauração de programas de atendimento mais compreensivos e humanizados.

Diferentemente da perspectiva histórica adotada por Foucault, Sigmund Freud (1988a) expõe a sua visão referente ao “vício” das drogas sob a regência da sexualidade. Afirma que nem todas as pessoas que têm a oportunidade de usar alguma substância psicoativa se tornarão viciadas. As que, expostas a essas substâncias, se viciarem, isso terá ocorrido porque para elas esse uso e o prazer dele decorrente têm um significado oculto, inconsciente. E esse significado será o de substituto da satisfação sexual que o indivíduo não consegue obter. Defende ainda a idéia de que de nada adiantará impossibilitar o acesso da pessoa à substância e que ela, assim que tiver nova oportunidade, retornará ao “vício”, desde que não se dedique o médico a ir às raízes inconscientes dessa dependência e procure restaurar ou estabelecer uma vida sexual normal. Sob este ponto de vista, seria possível concluir que não existe dependência de substâncias, uma vez que a dependência apenas encobriria uma necessidade natural da pessoa, não adequadamente atendida.

Em outro texto (FREUD, 1988b), afirma que o álcool diminui o poder repressor do senso crítico, tão poderoso que só pode ser temporariamente afastado com o auxílio de uma substância tóxica. Diz ainda que as mudanças no estado de espírito produzidas pelo álcool são um precioso dom dessa substância à humanidade. Considera que a disposição eufórica produzida, reduz as forças inibidoras, tornando novamente possível o acesso a fontes de prazer sobre as quais a repressão pesava. Sob esse ponto de vista, a influência do álcool torna o indivíduo outra vez uma criança, podendo deixar fluir com liberdade os seus pensamentos e desejos, sem preocupação com adequação ou lógica.

Sob esta perspectiva Freud coloca o prazer do uso do álcool como resultante de uma regressão toxicamente obtida. Diferentemente da primeira proposição, aqui o uso da substância não é substituto de outra forma de satisfação, mas é, em si mesmo, propiciador de uma satisfação intensa, nos moldes da que era experimentada pelo indivíduo quando criança.

Atualmente, a visão psicodinâmica percebe a pessoa em abuso ou dependência de substâncias semelhantemente a um paciente portador de sintomatologia crônica, como, por exemplo, um portador de transtorno de personalidade. O dependente ou abusador apresenta, com frequência, um conjunto de mecanismos psicológicos que não se desenvolveram adequadamente ou se tornaram disfuncionais, como resultado de sua dependência ou anteriormente a ela (PECHANSKY; LUBORSKY, 2005). A sua personalidade é vista como o modo de funcionamento de uma estrutura comprometida, a partir das relações primárias, principalmente as triangulares entre pai, mãe e filho. A ocorrência de superproteção por parte da mãe e a ausência da interdição paterna representam grave perigo na constituição de uma personalidade dependente, predisponente a comportamentos dependentes, entre os quais a dependência química no futuro (RIBAS; ANDRADE; LIMA; MARTINS; GUERRA; ANICETO; RIBAS; CAENEIRO; CASTRO, 2009).

2.1. Atenção à saúde mental no Brasil antes e após a Reforma Psiquiátrica

2.1.1 Cenário anterior à Reforma Psiquiátrica

O marco inicial da assistência à saúde mental no Brasil, de acordo com Resende (1987), situa-se no Segundo Reinado, ano de 1841, quando o imperador D. Pedro II determina a criação de uma instituição destinada a tratar dos “alienados”, o Hospício de Pedro II. Essa criação se deu mediante o decreto imperial de 18 de abril de 1841, considerado como início da instituição da psiquiatria como disciplina encarregada de lidar com o fenômeno da loucura no Brasil (PEREIRA, 2004).

As transformações sociais e econômicas decorrentes da transferência da corte portuguesa para o Brasil em 1808, bem como as mudanças do modo de vida nas cidades, impunham novas exigências, entre as quais a criação de um aparato que possibilitasse a retirada dos loucos que perambulavam pelas ruas. Segundo a percepção corrente, viviam eles em franca desordem e ociosidade, representando perturbação da paz e obstáculo ao desenvolvimento econômico. Essas condições possibilitaram a adoção de estratégias de reclusão do louco na sociedade brasileira (RESENDE, 1987).

Nota-se aqui uma grande semelhança entre os motivos destacados na Europa do século XVII e no Brasil do século XIX para o confinamento da loucura, tendo em mente embora, as diferenças temporais, culturais e econômicas. Tanto lá como aqui, a imagem do louco estava associada à mendicância, à ociosidade à periculosidade e à vadiagem, exigindo a intervenção do poder público em favor do desenvolvimento e do bem estar social. “A associação dos loucos (...) aos demais marginalizados sociais, fez com que eles viessem a ocupar os espaços de reclusão existentes, como as prisões, para a manutenção da ordem social” (PEREIRA, 2004, p.46).

Todavia, somente a argumentação em favor da manutenção da harmonia e do desenvolvimento social não satisfazia aos grupos compostos por médicos, detentores de conhecimentos sobre as abordagens científicas à loucura praticadas na Europa. Surgem então as denúncias referentes às condições desumanas em que viviam os loucos nos locais de confinamento existentes, entre eles o Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Este era severamente criticado por não curar os loucos e nem produzir conhecimento sobre a loucura, servindo, tão somente de prisão aos alienados (PEREIRA, 2004).

Todos esses fatores concorreram para a iniciativa imperial de decretar a criação do Hospício de Pedro II, cujo estatuto foi publicado em 1.852 e que teve a sua inauguração nesse mesmo ano. A criação do hospício representava, ao mesmo tempo, um símbolo da civilização que se implantava no Brasil e a união entre o Estado e o poder médico, como parte do projeto normatizador da medicina (MACHADO; LOUREIRO; LUZ; MURICY, 1978).

Ainda segundo Machado *et al.* (1978), a necessidade de segregação era justificada com base nas noções que tinha a psiquiatria da época, claramente importadas da psiquiatria Francesa, de que as causas da loucura encontravam-se na sociedade e, principalmente, na família. “Tratava-se, portanto, de reorganizar o contato entre o doente e a família, através do hospício” (MACHADO, *et al.*, 1978, p. 430). Os princípios observados por esse modelo de psiquiatria eram, portanto, o isolamento, estruturação do espaço terapêutico, vigilância e utilização do

tempo no trabalho. Sob esse ponto de vista concluía-se que sem isolamento não haveria cura, portanto, todo tratamento exigia internação.

Todavia, nesse espaço de confinamento as contradições entre o ideário e as práticas, as lutas pelo poder observadas entre enfermeiros, irmãs de caridade e médicos eram muito intensas. Essa situação gerava ácidas críticas, exaradas em documentos internos ou levadas à imprensa pelos próprios médicos, e clamava por uma reforma na organização do Hospício, objetivando a sua total medicalização. Ao cabo desse movimento, o poder médico assumiu o topo da hierarquia de poder no Hospício de Pedro II, fazendo a sua organização interna passar por grandes transformações (MACHADO *et al.*, 1978).

A situação permaneceu mais ou menos a mesma até à Proclamação da República, em 1889. Segundo Resende (1987) o período que se seguiu à proclamação, pode ser considerado como o da “psiquiatria científica, em virtude do desenvolvimento do saber psiquiátrico no Brasil e à sua integração ao dia-a-dia do hospício.

Os primeiros anos da República marcaram o estreitamento entre o poder médico e o poder estatal e também a vitória do poder médico sobre o poder religioso. Tais conquistas foram consolidadas com a edição de vários decretos governamentais, inclusive mudando o nome do “Hospício de Pedro II” para “Hospício Nacional de Alienados” e desvinculando-o da tutela da Santa Casa de Misericórdia. Passou assim a ostentar o status de um estabelecimento público independente, criado para servir à nação e administrado por médicos especialistas. Todas as admissões teriam de ser acompanhadas de pareceres médicos que tinham, inclusive, o poder de transformar internações provisórias em definitivas. As internações ainda eram justificadas pelos motivos de perturbação ordem, afronta à moral e aos bons costumes e pela noção de periculosidade (PEREIRA, 2004).

Ainda nos primeiros anos da República acentuou-se a convicção do poder do trabalho na recuperação dos alienados. Foram então criadas as colônias agrícolas, com o objetivo de ocupar os alienados indigentes considerados capazes para tal. Estabeleceu-se, por decreto governamental, a “Assistência Médico-legal de Alienados”, que reunia o Hospício Nacional, como instituição central, e duas colônias recém-criadas.

Apesar de todas as mudanças, e mesmo em decorrência delas, observa Pereira (2004) que não havia, nos documentos legais desse período, preocupação com os direitos dos alienados. Aventa o referido autor a possibilidade de que a necessidade de um parecer médico obrigatório fosse vista como uma garantia técnica suficiente nos processos de internação.

Outro fato importante desse período foi a aproximação e integração da “Faculdade de Medicina” aos serviços do Hospício Nacional. Ocorreu a vinculação de alguns setores do Hospício a cadeiras da Faculdade e a conseqüente participação ou direção dos catedráticos em algumas rotinas do Hospício (PEREIRA, 2004).

No início do século XX, estava consolidado o modelo brasileiro de assistência aos alienados, bastante similar ao que ocorria no continente europeu. Esse modelo tinha como pilares “o hospício como lugar de tratamento e cura, o isolamento como premissa básica, e a psiquiatria como disciplina mestre para orientar essa relação, e ao mesmo tempo justificar sua seqüestração” (PEREIRA, 2004, p.63).

Essa situação permanece praticamente inalterada até o ano de 1934, quando, já no final do Governo Provisório de Getúlio Vargas, foi publicado o decreto 24.559, de 3 de julho, que modificou a relações de forças no âmbito legislativo e psiquiátrico, dando uma nova feição ao

trato com a loucura em nosso país, estabelecendo uma ordenação que só viria a ser modificada no início do século XXI. Os aspectos mais marcantes dessa nova legislação referiam-se à preocupação com a profilaxia mental, à assistência e proteção à pessoa e aos bens dos alienados – não só aos internos quanto aos egressos - e à fiscalização dos serviços psiquiátricos, conforme consta no caput do referido decreto. Deveriam as ações decorrentes desse dispositivo legal guiar-se pelos modernos preceitos da psiquiatria e da medicina social (PEREIRA, 2004).

Se, por um lado, essa legislação demonstrava alguns avanços em relação às propostas anteriores, no que tange à assistência ao “psicopata” e à reorganização do aparato assistencial, por outro restringia ainda mais os direitos civis dos doentes mentais. Dispunha a Lei que até o 90º dia de internação o indivíduo não poderia realizar qualquer ato relativo à administração dos seus bens e se, mediante parecer médico, fosse justificada, essa interdição temporária poderia ser transformada em curatela ou tutela. Isso significava que ao dar entrada a um estabelecimento “de proteção e tratamento” o doente tinha imediatamente suspensos os seus direitos civis (PEREIRA, 2004).

Segundo Pereira (2004), O decreto de 1934 trazia em seu bojo todo o percurso da construção do modelo psiquiátrico brasileiro, que se constituiu na diretriz para as ações no âmbito jurídico e psiquiátrico. Essa legislação consagrou os conceitos de incapacidade civil, periculosidade, psiquiatria como único saber capaz de legitimar o confinamento, o hospício como lugar de tratamento e cura das enfermidades mentais e a contradição entre garantia de assistência e perda da liberdade. Esse modelo perdurou por várias décadas e só veio a ser intensamente questionado no último quartel do século XX. Todavia, transformações normativas efetivas só vieram a ocorrer no início do século XXI, com a aprovação da Lei 10.216/2001.

2.1.2. Contexto internacional das reformas na assistência à saúde mental

As discussões sobre a reforma do modelo de assistência à saúde mental brasileiro ocorreram num cenário de grandes transformações e debates sobre o tema, principalmente em países da Europa. Os antecedentes dessa ebulição intelectual remontam às contribuições de diversos autores considerados precursores do movimento que se tornaria conhecido mais tarde como “antipsiquiatria”. Entre os mais destacados estão a suíça Margerite Sechehaye, com o seu “Diário de uma Esquizofrênica”, de 1947; o norte-americano George Rosen, com o seu “A Loucura na Sociedade: Capítulos para uma Sociologia Histórica da Doença Mental”, de 1967; o também norte-americano Erving Goffman com os seus “Asilos: Ensaio sobre a Situação Social dos Doentes Mentais”, de 1960 e “Estigma: Apontamentos sobre o Manejo duma Determinada Identidade”, de 1963; O húngaro Thomas Szasz com “O Mito da Doença Mental”, de 1961. Todos esses autores questionavam, a seu modo, tanto a nosografia psiquiátrica Kraepeliniana como as concepções de loucura e as formas de tratamento em voga (MUNIERA, 1981). A eles sucederam os britânicos Ronald D. Laing e Aaron Esterson que juntamente com o sul-africano David Cooper – cuja trajetória profissional foi desenvolvida na Inglaterra - são considerados os fundadores da antipsiquiatria, sendo este último autor o primeiro a empregar este termo. Porém, o mais conhecido de todos esses reformadores é, sem dúvida alguma, o italiano Franco Basaglia que, articulado a um numeroso grupo de profissionais de saúde da França, Portugal Alemanha, Espanha e da própria Itália, se propunha a denunciar o que

chamava de “mapa da vergonha” das estruturas psiquiátricas e propor formas alternativas e humanitárias de tratamento, coerentes com as novas concepções dos transtornos mentais (MUNIERA, 1981). Suas idéias alcançaram grande divulgação e influenciaram movimentos reformistas em vários países, inclusive no Brasil.

Na esteira de toda essa efervescência, governos e instituições, preocupados com os doentes mentais – população considerada mais vulnerável – movimentaram-se no sentido de alterar os seus dispositivos legais, com o objetivo de resguardar os direitos civis e sociais dessas pessoas. Marco significativo dessa movimentação foi a aprovação, na década de 70, da lei italiana que imprimia uma nova orientação ao modelo de assistência psiquiátrica no país. Entre as suas normas mais importantes estavam a desassociação entre periculosidade e doença mental - que há muito se constituía num dos motivos para o isolamento -, a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos, o fechamento progressivo dos existentes e sua substituição por novas formas de assistência (PEREIRA, 2004).

Os organismos internacionais relacionados à saúde, no início da década de 90, elaboraram documentos que serviram como norteadores para os países empenhados na reforma de seus modelos de assistência. Nesse sentido, dois documentos foram de fundamental importância: a Declaração de Caracas, resultante da Conferência para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, promovida pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) em 1.990 e a Resolução da Organização das Nações Unidas (ONU) publicada em 1.991

A Partir do final da década de 80 e no decorrer da década de 90, vários países reformularam sua legislação, como Índia (1987), Israel (1991), Japão (1999), Nova Zelândia (1992), Suécia (1991), além de outros países nos quais, em função de sua organização político-administrativa, foram feitas importantes modificações nas normas legais de algumas unidades da federação (PEREIRA, 2004).

2.1.3. Reforma Psiquiátrica Brasileira

A Constituição Federal Brasileira de 1.988 criou o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as condições institucionais para a implantação de novas políticas de saúde, entre elas, a de saúde mental. Tendo como objetivo garantir o acesso integral, universal e gratuito à saúde e estabelecendo como princípios a descentralização, a participação e o controle social, esse novo sistema veio proporcionar um novo impulso às transformações no modelo de atenção à saúde mental brasileiro, iniciadas na década de 70. Já naquela década, iniciaram-se modificações internas nas instituições psiquiátricas, evoluindo, mais tarde, para um modelo centrado na comunidade e substitutivo ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2006).

Essas mudanças ocorreram em sintonia com os diversos movimentos de reforma psiquiátrica pelo mundo, e de acordo com as recomendações da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), exaradas na Carta de Caracas (1.990), bem como com as orientações da Organização das Nações Unidas (ONU) em sua Resolução de 1991. Elas refletiam também as demandas dos movimentos internos em prol da mudança da legislação brasileira referente à saúde mental, demandas essas debatidas nas Conferências Nacionais de Saúde iniciadas na década de 80 e que culminaram na promulgação da Lei 10.216 em abril de 2001, resultante do

projeto de autoria do deputado federal Paulo Delgado, e que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica.

A partir de então o Ministério da Saúde vem estabelecendo as diretrizes para uma nova política de saúde mental. Redirecionou, gradativamente, os recursos voltados para a assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, de base comunitária. Os serviços devem ser oferecidos na própria comunidade, que tem a responsabilidade de articular os recursos materiais e humanos para esse fim. Paralelamente estabelece critérios para a adequação e humanização dos hospitais especializados. Dentro desse modelo, cada município deve desenvolver esforço próprio para garantir os direitos constitucionais aos seus cidadãos, no que se refere à saúde, de acordo com as suas peculiaridades demográficas, políticas, econômicas, técnicas e etc. (BRASIL, 2006).

Todavia, as enormes mudanças requeridas para a implantação do novo modelo acarretaram e ainda acarretam incompreensões e resistências. Segundo Amarante e Torres (2001), é comum que a reforma psiquiátrica seja entendida como sinônimo de modernização das técnicas terapêuticas ou simples reestruturação do modelo de assistência. Visão essa que os autores consideram por demais reducionista e, em razão disso, propõem uma conceituação mais ampla, a partir de quatro dimensões em que são necessárias transformações. Uma Dimensão Epistemológica, que se refere à produção de conhecimentos que fundamentem o saber e a prática da psiquiatria, implicando numa desconstrução/reconstrução dos conceitos de psiquiatria e de ciência; Dimensão Técnico-assistencial, que diz respeito ao modelo de assistência, baseado nas concepções e conceitos da psiquiatria; Dimensão Jurídico-política, em cujo âmbito almeja-se redefinir as relações sociais e civis das pessoas portadoras de transtornos mentais graves, sob a ótica das noções de cidadania, direitos sociais e humanos; Dimensão Sócio-cultural, representativa do aspecto estratégico da reforma psiquiátrica, que objetiva transformar a concepção de loucura no imaginário social, com vistas a produzir novas relações entre a sociedade e a loucura.

Diante destas considerações, percebe-se que a Reforma Psiquiátrica brasileira, como a de outros países, deve ser encarada como um processo social bastante complexo, não isento da possibilidade de conflitos, uma vez que abre campo à participação de vários segmentos e atores sociais, articulando diversas dimensões simultâneas e inter-relacionadas.

2.2. Dispositivos de atenção à saúde mental

De acordo com esta nova política de saúde mental uma nova rede de atendimento aos portadores de transtornos mentais e suas famílias vem sendo tecida e atualmente os municípios brasileiros, de acordo com as suas peculiaridades, contam com diversos dispositivos de atenção à saúde mental. Estes vêm atuando no sentido de tratar os transtornos no seio da própria comunidade, evitando, quanto possível, a segregação hospitalar e os reconhecidos malefícios que ela acarreta. Vejamos alguns deles:

Ambulatórios de saúde mental

O atendimento em saúde mental prestado nos serviços ambulatoriais compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, segundo

critérios de hierarquização e regionalização da rede, e da definição da população alvo. Nessas bases, constitui-se o serviço de referência em saúde mental que tem a comunidade como parceira mais próxima na tarefa de evitar a retirada da pessoa do convívio familiar e comunitário, diante do processo de adoecimento.

Centros de atenção psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, são unidades de saúde que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, contando com uma equipe multiprofissional. Neste sentido, buscam acolher os pacientes com transtornos mentais severos e persistentes; estimular sua integração social e familiar; apoiá-los em suas iniciativas de busca de autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico. São eles (os CAPS) elementos de importância central no processo de cuidar das pessoas com transtornos mentais, dentro do espírito da reforma psiquiátrica, na superação dos cuidados exclusivos em hospitais psiquiátricos. Sua característica principal é a integração ou reintegração do indivíduo ao seu ambiente sociocultural, a partir de suas experiências concretas de vida.

Existem seis tipos de CAPS. São eles:

CAPS I – Para municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes. Funciona de segunda a sexta feira, das 8:00 às 18:00 h. É um CAPS para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, incluindo pessoas com problemas com álcool e outras drogas.

CAPS II – Para municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes. Funciona de segunda a sexta feira, das 8:00 às 18:00 h., podendo ter um terceiro período de funcionamento, até às 21:00 h., para atendimento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS III – Para municípios com mais de 200 mil habitantes. Funciona 24 horas diariamente, inclusive nos feriados e fins de semana, para atendimento a adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPS i – Para municípios com população acima de 200 mil habitantes. Funciona de segunda a sexta feira, das 8:00 às 18:00 h., podendo ter um terceiro período, até às 21:00h. Destina-se ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais.

CAPS-ad – Para municípios com população acima de 100 mil habitantes. Funciona de segunda a sexta feira, das 8:00 às 18:00 h., podendo ter um terceiro período, até às 21:00 h. É um CAPS para usuários de álcool e drogas. Possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Serviços Residenciais Terapêuticos

Os Serviços residenciais terapêuticos (SRT), ou simplesmente Residências Terapêuticas, são moradias ou casas inseridas na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de

transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas de longa duração que não possuem suporte social e laços familiares que viabilizem a sua inserção social (BRASIL, 2000).

Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral

Serviços de retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, depois de esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. A internação visa, principalmente, os cuidados ao paciente até a sua estabilização, no menor tempo possível, para que possa ele dar continuidade ao acompanhamento nos demais dispositivos comunitários. Segundo a legislação atual, o número de leitos psiquiátricos em hospital geral não deve ultrapassar 10% da capacidade total, não devendo ultrapassar o número de 30 leitos.

2.2.1 CAPS-ad - diretrizes, estrutura e funcionamento

No âmbito da política brasileira de atenção à saúde mental, Os CAPS-ad têm a responsabilidade de promover as ações de prevenção e tratamento relativos ao uso abusivo de álcool e outras drogas. De acordo com o documento Ministerial “Saúde Mental no SUS: Os Centros de atenção Psicossocial”, cabe aos CAPS-ad

“a prevenção voltada para o uso abusivo e ou dependência de álcool e outras drogas [...] deve ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de risco específicos e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente a inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os seguimentos sociais disponíveis. A prevenção teria como objetivo impedir o uso de substâncias psicoativas pela primeira vez, impedir uma ‘escalada’ do uso e minimizar as conseqüências de tal uso” (BRASIL, 2004).

Portanto, para que o CAPS-ad possa cumprir as suas múltiplas atribuições, sua atuação não deve ser isolada e sim articulada com os demais dispositivos de saúde mental, rede básica de saúde, estratégias de saúde da família, serviços de assistência social, serviços jurídicos, etc., bem como com programas de lazer, culturais, esportivos e demais programas públicos de assistência às necessidades da população (BRASIL, 2004).

Cabe-lhe ainda a responsabilidade de, no limite de seu território de abrangência, e por delegação do poder local, supervisionar os serviços de atenção aos usuários de drogas. Deve funcionar de modo a assegurar o acesso da população ao serviço, fomentar a capacitação do pessoal, proporcionando supervisão e educação permanentes aos componentes da rede de atenção básica e aos profissionais ligados a programas e serviços de saúde mental (BRASIL, 2002).

Num CAPS-ad a equipe mínima deve ser constituída de um médico psiquiatra, um médico clínico, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outros

profissionais necessários ao projeto terapêutico), Seis profissionais de nível médio (técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão) (BRASIL, 2004).

A portaria ministerial nº 336/GM/2002 define os serviços que devem ser oferecidos aos usuários, nos seguintes termos. A modalidade de cuidado intensivo oferece atendimento diário, individual ou em grupos, com no máximo vinte e dois procedimentos por paciente/mês. A modalidade de cuidado semi-intensivo oferece até doze atendimentos, individuais ou grupais por mês. A modalidade de cuidado não intensivo oferece atendimentos individuais ou grupais até três vezes por pessoa/mês. A referida Portaria estabelece ainda que os CAPS-ad devem manter de dois a quatro leitos, destinados exclusivamente ao tratamento de desintoxicação e ao acompanhamento da desintoxicação ambulatorial (BRASIL, 2002).

A indicação do tipo de cuidado que será dispensado a cada pessoa será definido de acordo com o projeto terapêutico individual, que consiste num conjunto de atendimentos que respeite a sua particularidade e necessidades específicas. Projeto este que será proposto pela equipe e discutido com o usuário do serviço e seus familiares, concretizando assim os conceitos de co-responsabilidade e liberdade nos cuidados aos usuários. (BRASIL, 2002).

Segundo Rabelo (2006) o projeto terapêutico individual deverá levar em conta a individualidade do usuário, os problemas por ele enfrentados, suas necessidades específicas, seus vínculos dentro do CAPS e na comunidade e as ações mais indicadas para cada caso. Nessa perspectiva deve ele ser integrado nas atividades individuais e de grupo oferecidas pela unidade, em articulação com os seus vínculos sociais e territoriais.

2.2.2. Breve panorama sobre o funcionamento de alguns CAPS-ad

Analisando os documentos oficiais que estabelecem a política nacional de assistência integral aos usuários e ou dependentes de álcool e outras drogas, conforme a breve exposição efetuada no item anterior, verificamos a abrangência e a coerência das normas com o ideário da Reforma Psiquiátrica, que postula a reformulação ampla e profunda do modelo de assistência a todos os portadores de transtornos mentais. Essa reformulação pretendida, tem nos CAPS a sua concreta objetivação, na condição de órgãos de implementação da referida política. Desse modo, cremos ser proveitoso revisar, ainda que de modo breve, alguns trabalhos que, semelhantemente ao nosso, buscaram retratar aspectos e particularidades do funcionamento dos CAPS-ad de interesse dos seus autores.

No ano de 2008 foi realizado um estudo no CAPS-ad do município de Feira de Santana na Bahia, cujos achados nos mostram como se efetiva, na prática a assistência aos usuários daquele serviço. Constatou o autor que era evidente a geral falta de conhecimento, por parte do corpo técnico, sobre a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, principal norma legal norteadora das ações dos serviços substitutivos para a assistência a esse público” (SANTOS, 2008, p. 93). Havia também grande desconhecimento a respeito das idéias de Franco Basaglia e outros teóricos da Reforma Psiquiátrica.

Verificou ainda o referido autor que os componentes da equipe, na quase totalidade, desconheciam o paradigma da interdisciplinaridade. Os mecanismos destinados a promover as trocas de saberes eram deficientes e, em razão disto, não possibilitavam, ou só o faziam im-

perfeitamente, “o intercâmbio de informações e conhecimentos multidisciplinares para a ordenação coletiva e reflexões compartilhadas, com o desenvolvimento de cooperações técnicas e complementaridade das ações” (SANTOS, 2008, P. 96). Os próprios participantes da pesquisa relataram que as reuniões de equipe não tinham uma sistematização técnico-científica, o que, segundo eles, comprometia o uso de uma linguagem cujos sentidos pudessem ser por todos compartilhados.

Observou também o autor, a falta de critério na seleção do pessoal destinado ao CAPS e a ausência de qualquer capacitação inicial para a inserção do profissional na equipe. Posteriormente não eram oferecidos cursos ou possibilidades de intercâmbio técnico-científico. Não era oferecida também a supervisão clínica para esses profissionais.

Em relação aos pacientes e familiares, verificou-se a deficiência dos espaços de negociação, nos quais corpo técnico, familiares e usuários pudessem definir, de maneira conjunta e democrática, o Projeto Terapêutico Individual (PTI), conforme preconizam os dispositivos legais norteadores dos CAPS. De acordo com esses dispositivos, o PTI deve ser resultado de amplas discussões entre esses atores e constituir-se num processo de permanente elaboração e reelaboração da proposta de atenção ao dependente químico. Por faltarem estas características as propostas de tratamento terminam sendo delineadas de forma quase sempre unilateral.

Como resultado dessas deficiências o autor considera que:

“O resultado disso tem sido a reprodução de práticas cristalizadas, muitas vezes contraditórias aos princípios elencados na teoria basagliana. Sobre isso, as falas dos profissionais revelaram o engessamento da assistência, com ofertas de grupos e oficinas pré-definidos institucionalmente, com critérios e normas pré-estabelecidos, onde o sujeito demandatário do serviço deve se adaptar. [...] Isto contraria o preconizado pela Reforma Psiquiátrica, onde a assistência às pessoas com transtornos mentais, inclusive devido ao uso de substâncias psicoativas [...] deve buscar a transformação da totalidade e complexidade da vida social e subjetiva do sujeito. Isto requer justamente o rompimento com formas tradicionais de intervenção [...]”. (SANTOS, 2008, p. 101).

Outro aspecto relevante, apontado pelo autor é que a pretensa rede de saúde mental do município, não tem conseguido se articular desta maneira. Os participantes de sua pesquisa relataram muitas dificuldade em dividir responsabilidades e realizar estratégias conjuntas com outras unidades da rede municipal de saúde, mesmo com outras unidades da própria saúde mental, com o objetivo de ampliar o alcance e melhorar o atendimento aos usuários. Consta-se que “os serviços que deveriam complementar as ações desenvolvidas pelo CAPS-ad, acabam se mostrando indisponíveis” (SANTOS, 2008, P.108).

Destaca-se também, dessa pesquisa, a existência de um acentuado preconceito em relação ao dependente químico e aos profissionais que trabalham com essa população, no âmbito da rede de saúde como um todo e, particularmente, na rede atenção à saúde mental. Seus participantes relataram que os demais CAPS os olham de modo “atravessado”. Argumenta o autor que esse preconceito é alimentado pela falta de capacitação dos profissionais da rede em

relação à problemática do álcool e drogas e em relação às políticas públicas de atenção integral a essa população.

Conclui o autor afirmando que em função das deficiências apontadas, incluindo a falta de investimentos em volume condizente, o CAPS-ad não consegue assumir e desenvolver o papel a ele reservado pela legislação pertinente, ou seja, o de articulador das ações de atenção aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito da rede de serviços de saúde. Pondera ainda, que as ações de atenção integral a essa população, para ser efetiva, deve transcender a esfera da saúde para se articular com outras políticas públicas, “principalmente as de seguridade social, prevenção, proteção e promoção de saúde” (SANTOS, 2008, P. 110).

Os achados desse autor em muito se assemelham aos de Rezende (2002) que em seu estudo sobre os profissionais envolvidos na atenção à saúde de drogadependentes no Vale do Paraíba, encontrou uma situação de grande despreparo desses trabalhadores para os encargos assumidos. Nenhum dos 22 participantes da pesquisa declarou haver realizado especialização em dependência de química. Relata o autor que as narrativas desses profissionais sobre a drogadependência são, quase sempre, ingênuas e simplistas. Quanto às abordagens, as considera equivalentes às do senso comum, compostas de ações generalistas, sem distinção do tipo de droga consumida e da forma de uso. Não levam também em conta as variáveis biológicas, familiares, sociais e econômicas, nem a faixa etária do adicto. Diante dessas características, pondera ele que a dependência química deixa de ser um sinal, um sintoma individual e social, para se tornar uma doença mental, reduzindo-se assim o sujeito à sua enfermidade (REZENDE, 2003).

Outro estudo (ALVES, 2009) realizado no estado da Bahia mostra uma situação bastante diferente em alguns pontos e semelhante em outros, das que foram encontradas, nas pesquisas acima citadas. Nesse CAPS, segundo dados apresentados pela autora, os profissionais pareciam ter uma visão clara do que significa a proposta CAPS-ad, tendo mesmo elaborado um texto, onde o projeto do CAPS é explicitado e tornado leitura obrigatório para todos os ingressantes ao serviço.

O modelo de gestão foi pensado em conjunto, reunindo todos os profissionais de nível superior e médio, mesmo antes da inauguração do CAPS, período em que a equipe estava sendo formada. Essas reuniões continuaram, semanalmente, de modo que a maioria das decisões saíam desse espaço de reflexão conjunta, caracterizando um processo amplo e democrático de condução das atividades.

A estrutura administrativa compunha-se de uma coordenação geral e quatro coordenações setoriais, cabendo a coordenação clínica “uma costura das estratégias terapêuticas” (ALVES, 2009, p. 156), com o objetivo de integrar todos os profissionais envolvidos no acompanhamento terapêutico dos usuários e familiares do serviço, numa abordagem interdisciplinar.

Informa também a autora que a discussão sistemática dos casos clínicos havia estimulado os trabalhadores a buscar leituras especializadas e ou formação em psicanálise, como forma de alcançar um melhor nível de entendimento das questões discutidas e maior integração com a equipe.

O trabalho interdisciplinar no CAPS em estudo é descrito como “envolvente, implicando e vinculando os profissionais ao serviço” (ALVES, 2009, p. 162). Esse envolvimento é apontado pela autora como um dos fatores que contribuem para a baixa rotatividade dos pro-

fissionais na instituição, apesar das precariedades inerentes ao serviço público e da desafiadora complexidade da atenção aos dependentes químicos. Esse “envolvimento” é descrito como decorrente

“Da organização dos processos de trabalho e a configuração da rede interna, a participação nos processos decisórios e a valorização das contribuições individuais ao projeto institucional, fazendo com que todos se identifiquem com o projeto e percebam-se como seus co-autores. Há ainda o que pode ser descrito como experiência de formação e qualificação em serviço para assistência e gestão na área de álcool e drogas, conferindo valor e significado ao trabalho” (ALVES, 2009, p. 162).

Outra característica marcante do trabalho interdisciplinar desse CAPS “é a complementaridade das intervenções da equipe, propiciada, por sua vez, pela prática de discussão de casos com a participação de toda a equipe” (ALVES, 2009, p. 163). Desse modo, mesmo o recepcionista pode dar a sua contribuição, ao relatar as condições em que o usuário se apresentou ao serviço para receber ajuda. Destacam-se também as ações terapêuticas levadas a efeito com a participação de duplas ou pequenas equipes compostas por profissionais de formação diferente. Importante relatar o nível de integração da médica psiquiatra na equipe. Essa profissional não se limitava aos atendimentos individuais – como ocorria com outros médicos com carga horária menor -, ao contrário, participava das reuniões da equipe e coordenava duas oficinas terapêuticas.

Existia ainda, uma preocupação com a preparação dos novos profissionais a serem inseridos na equipe. Essa inserção era acompanhada e orientada pelos profissionais mais experientes, que exigiam o estudo do Projeto Terapêutico do CAPS-ad e dos relatórios de atividades do serviço. Exigiam também o estudo dos documentos oficiais da área de saúde mental do Ministério da Saúde, notadamente o texto da Política Nacional para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas, como também o material didático do curso online SUPERA (Sistema para Detecção do uso Abusivo e dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento), promovido pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) e um Manual de Redução de Danos. Era também solicitada a participação nos grupos de discussão que funcionam na instituição.

As relações dos usuários com o CAPS parecem bastante semelhantes ao que relatam outros estudos. Uma parte deles compreende a natureza do serviço e o procuram com o desejo de tratar-se, porém, outra parte o procura no desejo de retirar alguma vantagem pessoal, como a obtenção de vale transporte - que a instituição forneceu por um tempo, tendo de parar porque eles os trocavam por bebidas ou outras drogas -, alimentação, afastamento do trabalho, obtenção de abrigo, entre outros.

O Planejamento Terapêutico Individual (PTI) nesse CAPS começava já no primeiro contato do usuário com o serviço e, ao final da primeira entrevista, já estava delineado. O PTI era construído pelo técnico de referência, com a participação do usuário, levando em conta as avaliações técnicas, as habilidades e motivações do usuário para participar das atividades oferecidas. Embora a autora considere satisfatória a participação do demandatário do serviço na

elaboração do PTI, parece-nos que ela não tem a importância devida, porque, segundo a autora, “o nível de participação [...] não era o mesmo para todos [...] considerando-se a condição clínica do usuário [...] compromete a sua autonomia e capacidade de escolha [...] resultando em uma condução mais diretiva por parte do técnico [...]” (ALVES, 2009, p. 266). Também não encontramos referência à participação dos familiares na elaboração do referido planejamento.

Pela exposição da autora, parece-nos que o CAPS por ela estudado apresenta estrutura organização e funcionamento de muito bom nível, em comparação com outras instituições, estudadas por outros autores. Isto fica ainda mais evidente quando olhamos o conjunto das ações extramuros desenvolvidas pela equipe, onde aparecem os seus esforços para promover a reinserção social dos usuários.

Um aspecto importante do novo modelo de atenção aos dependentes químicos proposto pela Política Nacional de Atenção integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, é a necessidade da articulação das ações de saúde mental com o restante da rede de atenção básica à saúde, dentro do processo qualificado pelo SUS como Matriciamento.

A esse respeito foi realizado um estudo descritivo (DELFINI; SATO; ANTONELI, GUIMARÃES, 2009) das ações conjuntas de um CAPS e um PSF (Programa de Saúde da Família) da região da Bela vista em São Paulo. Os autores constataram que a equipe de apoio matricial era pequena diante do tamanho da área e da demanda de serviços de saúde na região. Constataram também que os diversos serviços encontravam-se dispersos e isolados, não conseguindo compor uma rede articulada, como é necessário. Foi necessário um trabalho árduo de conscientização e motivação de outros profissionais para integrarem a equipe. Reuniões foram instituídas, para esse fim, conseguindo modificar razoavelmente a situação ao longo do tempo.

Em relação aos resultados, os autores esclarecem que os efeitos do trabalho não aparecem de imediato, porque:

“A loucura de um membro da família tende a circular entre todos os outros e a precariedade da situação de vida de grande parte das pessoas contribui para o adoecimento. No entanto, nota-se que o olhar voltado ao grupo familiar e o contexto social tem resultados mais positivos do que aquele que reduz o sujeito à sua doença (DELFINI, et al. 2009 p.5)”

Os autores finalizam acrescentando que ainda falta muito a caminhar para se alcançar um padrão de atuação realmente integrado em rede e que o seu trabalho representa uma “provação”, a fim de que outras iniciativas do gênero sejam movimentadas, com o objetivo de proporcionar “um atendimento mais digno, respeitoso e, principalmente, resolutivo às pessoas que necessitam de uma rede de cuidados” (DELFINI, et al. 2009 p. 3)

Em um outro estudo, foi realizada uma avaliação da efetividade do tratamento oferecido por um CAPS-ad de Natal-RN, tendo como eixos temáticos o grau de adesão dos usuários ao tratamento, as prováveis mudanças biopsicossociais ocorridas na vida dos usuários como decorrência do tratamento e se essas mudanças traduziam a efetividade do CAPS referido (SILVA, 2006).

Esse estudo demonstra que existe uma adesão de cerca de 35% dentre aqueles que buscam atendimento no serviço enquanto que 65% abandonam o tratamento nos primeiros 30 dias. No que se refere a mudanças ocorridas na vida dos usuários que permaneceram adesos ao CAPS, a autora apresenta uma série de relatos de profissionais e de usuários que comprovavam, segundo ela, as várias alterações ocorridas. Mudanças essas ocorridas na saúde física e psíquica, nas relações familiares e de trabalho, etc., em decorrência de abstinência ou redução significativa do uso. A autora atribui esses resultados à coerência do PTI com os interesses e habilidades do dependente; à qualidade do serviço prestado por profissionais experientes e engajados nas políticas públicas de atenção aos usuários de drogas, sendo que a maioria deles milita, de há muito, na Luta Antimanicomial e no movimento de Reforma Psiquiátrica. Refere-se também à qualidade das oficinas terapêuticas, dos grupos terapêuticos e da psicoterapia individual. Destaca ainda a observância firme das normas de funcionamento, o que minimiza a possibilidade de burla ou manipulação em proveito próprio.

Quando a autora pergunta aos usuários sobre a importância do serviço do CAPS nas mudanças e vida por eles alcançadas, todos afirmam que sem o atendimento que ali receberam e recebem, não teriam alcançado as conquistas que fizeram. A autora observa que “todos os entrevistados: usuários, familiares e profissionais foram unânimes ao dizer que recomendariam o para um amigo ou parente [...] e se precisassem de ajuda [...] procurariam o referido serviço novamente” (SILVA, 2006, P. 144).

Conclui a autora que “Dessa forma, diante de todo o resultado que a pesquisa apontou, pode-se inferir que o mesmo traduz a efetividade do serviço” (SILVA, 2006, P. 144).

2.3. Considerações sobre a natureza do trabalho em saúde mental

Christofe Dejours (1.998) de traz um contribuição importante, se não indispensável à compreensão da Psicodinâmica e da psicopatologia do trabalho. A partir de suas reflexões e observações de campo, pode desvelar a variedade e a intensidade dos sofrimentos ocultos nas relações de trabalho.

Afirma esse autor que o drama do trabalhador começa quando, ao ser admitido a uma empresa, entra em contado com trabalho e a sua conjuntura. Percebe que esses são muito diferentes e aquém das suas expectativas. Muitas vezes não encontra a satisfação pessoal e material, muito menos a felicidade, promessa do mundo do trabalho. Isto gera uma frustração, início do seu sofrimento. Na sequência, as relações de trabalho, dentro da organização, frequentemente roubam ao trabalhador a sua subjetividade “excluindo o sujeito e fazendo do homem uma vítima do seu trabalho”. (DEJOURS, 1998)

Pondera que o sofrimento no trabalho é uma luta que ocorre no espaço entre o bem-estar e a doença mental. Premido pela tensão entre esses dois pólos, o trabalhador reagirá em busca de soluções. A qualidade dessas soluções dependerá, inelutavelmente, da sua história de vida, da estrutura psíquica que desenvolveu e do encontro desse sujeito com o trabalho. Assim a normalidade resultaria do equilíbrio entre as pressões patologizantes do trabalho e as defesas psíquicas do trabalhador (DEJOURS, 1.993). Desse modo, o trabalhador poderá entrar num sofrimento patogênico, que ocorre quando o sujeito desenvolve estratégias cognitivas e comportamentais desfavoráveis à sua vida e saúde; ou poderá desenvolver um sofrimento criativo

no qual, ao contrário da condição anterior, o sujeito encontrará soluções favoráveis à sua saúde e à sua vida.

Em outra parte esse autor afirma que a normalidade no trabalho, representada pelo equilíbrio psíquico, poucos são os trabalhadores que a conseguem. De modo que aquilo que deveria ser corriqueiro, ou seja, o trabalhador saudável e equilibrado, passou a ser uma exceção. (DEJOURS, 1994). Com esse autor, a psicopatologia do trabalho passou a ter o seu foco nas estratégias desenvolvidas pelos trabalhadores para fazerem frente às situações de trabalho.

Outras contribuições importantes para a compreensão dessa delicada relação entre saúde mental e trabalho foram aportadas por Codo e Graça (2007) e Codo (1993). De acordo com esses autores, os estudos sobre saúde mental e trabalho tiveram início por volta de 1.880, em busca de bases para o combate às más condições de trabalho, e se tornou um campo de pesquisa a partir dos anos 90 do século XX, quando o sofrimento psíquico passou a ser a segunda causa de absentéismo.

Afirmam esses autores que o trabalho é uma atividade essencialmente humana, a mais humana das atividades, sendo, portanto, necessário esclarecer os motivos e o porque pode ser ele fonte de tanto prazer ou de tanto sofrimento. Adotando uma abordagem mais eclética ao estudo da saúde mental e trabalho esses autores resgatam alguns conceitos próprios da análise marxista e os enriquecem com novas contribuições. Centram-se na questão do sentido e do significado do trabalho para o indivíduo. Consideram que o trabalho fragmentado, como, por exemplo, nas linhas de produção e assemelhados, torna impossível ao trabalhador apropriar-se do sentido do seu trabalho (qual é o seu objetivo), e o seu significado (qual é a sua utilidade e valor social) torna-se inatingível. Assim sendo, o trabalhador não tem qualquer controle sobre o seu trabalho, o que, para esses autores, é um fator de risco para a saúde mental (Codo e Graça, 2007)

Não é possível ignorar, além do mais, que as relações humanas que se estabelecem no ambiente de trabalho têm importante peso na balança saúde/enfermidade mental no trabalho. A natureza do relacionamento estabelecido com os pares e com a chefia é extremamente importante para preservar ou dilapidar o equilíbrio psíquico do trabalhador.

Outra contribuição importante para a compreensão da saúde e do comportamento do trabalhador é a relação entre afeto e produto. Se o ambiente de trabalho é gratificante, se valoriza o papel e a participação do trabalhador, desenvolve-se um amor ao produto. Mas se o ambiente é de desvalorização e subjugação, desenvolve-se um ódio ao produto (CODO, 1993). Pensamos que esta última noção é bastante relevante para o nosso estudo, e deve ser um dos focos de atenção, no que se refere ao trabalho com pessoas, enfoque da nossa investigação.

No que se refere especificamente ao trabalho em saúde mental no Brasil, as questões relacionadas à saúde mental do trabalhador começam a ganhar destaque no âmbito da II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1.992, em cujos anais encontramos, no capítulo 7, além das providências necessárias à formação do trabalhador de saúde mental, medidas visando a proteger a sua saúde mental. Dentre elas a garantia de espaço para atualização, intercâmbio, pesquisa, supervisão, com o objetivo de romper com a alienação e a burocratização do trabalho; propiciar a luta por condições de trabalho e organização coerentes com as propostas de mudança no modelo de atenção à saúde mental; estimulação da criatividade e de laços solidários com vistas a possibilitar relações de trabalho que favoreçam a emancipação

do campo terapêutico; melhorar as condições de trabalho, possibilitando o exercício ético da profissão; criação de plano de carreira, cargos e salários, com participação paritária dos trabalhadores e garantir remuneração justa com isonomia salarial por níveis de escolaridade (BRASIL, 1994).

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2001, realizada no mesmo ano da aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica, ocorre uma ampliação da preocupação com o trabalhador, já a partir da redefinição do conceito de “recursos humanos”, que, segundo o relatório, transmite a noção de seres humanos transformados em meros insumos materiais, para o de “gestão de pessoas” no qual o trabalhador é concebido como um ator social, participante dos processos políticos, socioculturais e institucionais, que produz, constrói e transforma a realidade (BRASIL, 2001). É destacada também a necessidade de uma ampla reflexão e transformação nas relações de poder verticalizadas entre administradores e demais servidores e também entre estes e a população e entre eles próprios. Contempla-se também a indispensabilidade de uma gestão democrática, que valorize o trabalhador como pessoa portadora de direitos, saberes, projetos e valores distintos, e que garanta espaços para a reflexão, avaliação da qualidade do trabalho, possibilitando a recriação de identidades profissionais mais flexíveis e éticas (BRASIL, 2001).

Delibera ainda a Conferência, sobre questões mais específicas, em seu capítulo 5, cujo título é “Saúde Mental do Trabalhador”. Nele aparecem as seguintes medidas, a serem implementadas pelo SUS:

“266. Desenvolver estratégias específicas para acompanhar e tratar da saúde mental dos trabalhadores da saúde.

267. Criar programas de saúde mental no âmbito da administração municipal para os funcionários e servidores portadores de sofrimento psíquico e/ou dependência de álcool e drogas.

268. Regulamentar o pagamento do adicional de insalubridade para os profissionais de saúde, conforme a legislação vigente.” (BRASIL, 2001).

Todas essas medidas, indubitavelmente, concorrem para a promoção e manutenção da saúde mental, ao garantir ao servidor condições dignas de trabalho, como também o tratamento aos que adoecem. Todavia, somos forçados a refletir nas dificuldades inerentes à sua plena implantação.

Parece óbvio que não é possível alcançar as metas propostas pela Reforma Psiquiátrica, sem se pensar e agir em relação à situação de trabalho de modo proporcionar boas condições à saúde mental do servidor. Haja vista que esse trabalhador também aparece no contexto da atenção à saúde mental, como alguém que precisa ser desinstitucionalizado, como postulam Basaglia e Gállo (1991).

Outra questão de grande importância, no que se refere ao trabalho na área da saúde em geral e também na saúde mental é a das equipes multidisciplinares. A existência delas é apontada como alternativa ao atendimento especializado e como possibilidade de superação desse modelo, na busca de um novo que parta de uma concepção mais integrada do ser humano no processo saúde doença, evitando a fragmentação que decorre das especialidades, e como tal

fazem parte das propostas de reestruturação da atenção à saúde mental no Brasil. Todavia, não é possível ignorar as dificuldades e resistências enfrentadas para a implantação desse modelo, por não se tratar apenas de juntar profissionais de várias áreas para atender a uma pessoa, um grupo ou uma população. Faz-se necessária uma integração horizontal, ou melhor, transversal, na qual os diversos saberes e os seus agentes sejam respeitados e valorizados igualmente e que tende a se realizar quando se consegue uma comunicação plena entre os diferentes níveis e nos diferentes sentidos (SILVA, 2001). Essa nova posição abala as estruturas verticais de poder, gerando significativas resistências.

A esse respeito pondera Japiassu (1976) que a multidisciplinaridade estuda um fenômeno sob diferentes ângulos, mas sem acordo sobre os conceitos a serem utilizados, não havendo, portanto, real integração entre as disciplinas. Para ele, a interdisciplinaridade é uma modalidade de trabalho coletivo avançada, que pressupõe uma efetiva colaboração entre os diversos campos de saber. Entretanto, vai além e aponta na direção da transdisciplinaridade, que representa um nível de integração superior, e que ele define como sendo um tipo de coordenação entre todas as disciplinas e interdisciplinas, num novo sistema, gerando uma visão mais holística dos fatos e fenômenos.

Na prática, geralmente ocorrem os dois tipos mais comuns de organização, ou seja, a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade. No primeiro caso, a equipe é organizada conforme uma divisão de poder dentro da instituição; no segundo, observa-se uma divisão do saber/poder, que estabelece maior grau de coordenação, cooperação e intensidade de trocas entre os diversos profissionais (KIRSCHBAUM; PAULA, 2001).

O presente estudo está voltado para profissionais que trabalham em um contexto multidisciplinar que caracteriza os CAPS-ad. Esses profissionais lidam com uma população de pacientes diagnosticados como dependentes ou abusadores de drogas, cujo manejo é reconhecidamente muito complexo, em virtude da influência vários fatores de ordem médica, psicológica, social, familiar, econômica, e etc., contando ainda com a possibilidade da existência de outros transtornos em comorbidade com o mais emergente que é a toxicodependência.

Estudos têm demonstrado que atuando nesse contexto, o profissional de saúde mental é, em muitas ocasiões, submetido a situações delicadas, causadoras de tensões e angústias. Segundo Vasconcelos (2001), o local privilegiado para se trabalhar e elaborar os conflitos e dificuldades inerentes a esse trabalho é o espaço da supervisão. Defende ele que as reuniões de supervisão não se restrinjam a assuntos administrativos e clínicos, mas incluir também discussões sobre as relações de poder, sobre as dificuldades enfrentadas no trabalho multiprofissional e as inseguranças que acometem todo profissional quando tem de lidar com situações desafiadoras, alheias à sua formação. Deve haver também espaço para a manifestação das crises de identidade, das dificuldades internas no contato com os usuários, dos desgastes sofridos e qualquer outro tema que interesse diretamente a equipe.

2.3.1 Subjetividade e cuidado em saúde mental

A par dos aspectos mais objetivos da atenção à saúde mental, e com eles profundamente entrelaçadas, há que se destacar as questões relacionadas à subjetividade desses trabalhadores. A subjetividade é um conceito fundamental para que se possa refletir sobre como e porque o indivíduo se relaciona com determinado objeto. Ele nos permite pensar nas indissociáveis

relações entre o individual e o coletivo, entre o que está dentro e o que está fora, entre um sujeito e outro indivíduo, dentro dessa complexa teia de relações em que consiste o existir humano. Assim sendo, não podemos tratar de qualquer tema relacionado à reforma psiquiátrica, com as suas propostas de transformação do modelo de assistência, sem levar em conta os processos de subjetivação, tanto de trabalhadores quanto de usuários dos serviços, criando condições para a problematização e a análise das diferentes formas de interação entre as pessoas consideradas saudáveis com os portadores de transtornos mentais (NARDI e RAMMINGUER, 2007).

O termo subjetividade nos remete diretamente à noção de sujeito, ente sobre o qual tem se debruçado a Filosofia, por séculos, indagando sobre a sua natureza, ou mesmo se uma natureza possui. Foucault (2004b) defende a idéia de que o sujeito não possui uma essência a priori e que ele se constitui histórica e culturalmente, a partir de um conjunto de processos que possibilitam a sua existência. Afirma ainda que esse sujeito está inscrito numa dinâmica de constituir-se, desconstituir-se e reelaborar-se permanentemente. Para esse autor, portanto o sujeito não é uma substância, mas forma e experiência. Sob esta ótica, pode-se analisar as relações da pessoa com o seu trabalho, não apenas como uma operação de produção, na qual alguém produz alguma mudança na realidade concreta do mundo físico ou na realidade fluida do mundo interior do outro, e sim como uma relação dialética na qual ela produz e é produzida.

Tendo em vista a historicidade do sujeito, é necessário também levar em conta

“A maneira como os sujeitos vivenciam e dão sentido à sua experiência de trabalho. Estas também variam conforme o contexto social, histórico e econômico, apontando para diferentes processos de produção da subjetividade, diferentes sujeitos trabalhadores. A relação com o trabalho certamente é vivida de forma distinta entre o cidadão e o escravo na Grécia, ou o senhor e o escravo na idade média, entre o operário da indústria fordista e o jovem analista de sistemas nas atuais empresas, ou ainda entre as freiras que se ocuparam dos loucos nos asilos e os profissionais que se ocupam dos usuários do sistema de saúde hoje nos CAPS” (NARDI E REMINGUER, 2007, P. 8).

Aditam esses autores, baseados em pesquisas bibliográficas e em entrevistas com diversos trabalhadores de saúde mental de vários serviços do Brasil, que o modo de subjetivação do trabalhador de saúde mental hoje se constrói num campo de duros embates entre diversas formas de discurso sobre a “loucura”. Nessa arena comparecem desde as narrativas que entendem que cuidar é uma forma de caridade, ou que cabe à ciência as propostas de tratamento, ou outra, postulante de que não basta apenas o conhecimento técnico e científico, mas é também necessária a implicação política efetiva, com a construção de um outro modo de se relacionar com a “loucura” (NARDI E REMINGUER, 2007). Esta última corresponde ao discurso da Reforma Psiquiátrica.

Ainda sobre a questão da subjetividade, faz-se necessário levar em conta, e este é um dos eixos da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, que o dependente químico também é um sujeito, no sentido mais pleno da palavra, e como tal

deve ser abordado. Esta questão foi debatida no seminário “Subjetividade do Consumo de Álcool e Drogas e as Políticas Públicas Brasileiras”, promovido pelo Conselho Federal de Psicologia em 2010. Nele, importantes colocações a respeito deste tema foram feitas por Pedro Gabriel Delgado, Coordenador Nacional de Políticas de Saúde Mental do Ministério da Saúde. Afirmou ele, a respeito da normatização da assistência, que toda norma é limitante e tende a engessar determinadas posturas, mas que tem procurado se movimentar entre a necessária generalização e normatização, e a escuta sensível das peculiaridades da experiência subjetiva. Enfatizou também que as políticas de enfrentamento da questão álcool e drogas, jamais serão eficazes, se não conseguirem modificar, realmente, “a concepção que as pessoas têm sobre a realidade e a naturalização da realidade que todo mundo aceita” (DELGADO, 2010) Mais adiante (p.41) postula que apenas o componente de dependência “do químico” não é capaz de explicar a complexidade da questão das drogas, de seus rituais e da própria dependência. Deixa claro, portanto, que não é possível enfrentar, satisfatoriamente, a questão do uso e da dependência de substâncias sem se levar em conta a magna importância da subjetividade das pessoas envolvidas no processo

2.4. As representações sociais na compreensão da dependência química

As representações sociais “são modalidades de conhecimento prático orientadas para a comunicação e para a compreensão do contexto social, material e ideativo em que vivemos” (SPINK, 1993, p.1). Esclarece essa autora que elas, apesar de se manifestarem como elementos cognitivos, tais como imagens, conceitos, categorias, teorias, não se resumem a eles. São estruturas socialmente urdidas e compartilhadas, que possibilitam a construção de uma mundividência comum e a comunicação entre os elementos do grupo social que delas participam.

Vistas por este prima, as representações sociais aproximam-se do conceito de conhecimento de senso comum. Este também pode ser entendido como uma forma de conhecimento empírico que reúne os indivíduos de um determinado grupo social pelas cadeias de significados compartilhados e pelas narrativas que os exprimem.

Este tipo de conhecimento diverge, obviamente, da modalidade de conhecimento abordado pelas vertentes clássicas da teoria do conhecimento, que levam em conta apenas o saber formalizado, “que já transpôs o limiar epistemológico, sendo constituído de conjuntos de enunciados que definem as normas de verificação e coerência” (SPINK, 1993, p. 3).

Desde este ponto de vista, o conhecimento de senso comum surge, para as abordagens epistemológicas clássicas, como um saber desvalorizado, destituído do grau de certeza proporcionado pelo método e pelas teorias de cunho científico. De modo diferente,

“As correntes que se debruçam sobre os saberes enquanto saberes, quer formalizados ou não, procuram superar a clivagem entre ciência e senso comum, tratando ambas as manifestações como construções sociais sujeitas a determinações sócio-históricas de épocas específicas” (SPINK, 1993, P.3)

No que diz respeito às drogas, seus usos e abusos, há certamente, mesmo por parte dos profissionais envolvidos nos cuidados aos usuários e ou dependentes, uma mescla de conhecimento estruturado, formalizado, com saberes informais, empíricos, de senso comum.

Um estudo realizado em 2006, com 70 agentes comunitários de saúde (ARAÚJO, L. F.; CASTANHA, A. R.; BARROS, A. P. R.; CASTANHA, C. R., 2006) visando conhecer as representações sociais desses profissionais a respeito da maconha e seu uso, ilustra bem o que acima afirmamos. Encontraram os pesquisadores que:

“As representações sociais acerca das consequências do uso da maconha foram ancoradas na esfera orgânica, em elementos como “prejudicial à saúde” e “dependência física”. Isto provavelmente se deve à prática profissional dos Agentes Comunitários de Saúde junto à educação preventiva em saúde, de modo que o discurso acerca da maconha permeie a formação do conhecimento compartilhado por seu grupo de pertença e de afiliação” (ARAÚJO, et. al. 2006 p. 2)”

Como se sabe, não existe consenso entre os pesquisadores de que a maconha provoque dependência física, o que foi, quase em geral, mencionado pelos participantes. Muitos deles associam o uso da maconha a comportamentos autodestrutivos e violentos, o que também não corresponde à realidade apontada pelos estudos até hoje realizados.

Nessa dinâmica da apreensão da realidade por diferentes meios e processos, parece-nos que, em relação às adições, como em relação a qualquer outro tema, com o correr do tempo os estudos científicos vão marchando sobre o terreno do saber popular, validando algumas crenças e rejeitando outras, construindo assim uma nova narrativa sobre o fenômeno da dependência química, considerada como mais consistente e confiável.

Nesta linha de pensamento, acreditamos que a Política Nacional de Assistência Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, no que se refere à valorização dos diversos saberes, é coerente com a epistemologia construtivista. Postula esta corrente epistemológica que o conhecimento é construído pelo cientista, pelo filósofo, enfim, pelo pesquisador de qualquer procedência, com as suas condicionantes histórico-culturais, e não resultante da apreensão de um mundo supostamente objetivo. Sendo assim, todos os saberes formalizados ou não, têm de ser levados em conta na abordagem dos fenômenos. (Filósofos do planalto, 2009)

Vemos essa coerência principalmente na proposta de que, na elaboração do Planejamento Terapêutico Individual, sejam incluídos os técnicos, os pacientes e seus familiares, o que proporciona a confluência dos saberes que cada um desses agentes é portador. Entendemos que essa proposta, colocada efetivamente em prática pode produzir um enriquecimento e uma maior efetividade do processo de cuidar, ao tratar o dependente e a sua família como sujeitos de saber e de direitos e não como meros “pacientes” sem vontade e autoconsciência.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

O presente estudo tem por objetivo identificar e analisar a percepção dos profissionais de saúde mental que atuam no CAPS-ad, a respeito da pertinência e eficácia das abordagens utilizadas e das técnicas empregadas no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas.

3.2. Objetivos específicos

Conhecer a formação acadêmica e complementar dos participantes;

Conhecer a representação que fazem esses profissionais do indivíduo dependente de substâncias;

Identificar a natureza das relações que se estabelecem entre os membros da equipe;

Identificar e analisar os resultados obtidos pelos profissionais no tratamento dos dependentes químicos;

Conhecer o grau de satisfação desses profissionais com os resultados alcançados pelo seu trabalho junto a essa população;

Conhecer o grau de confiança dos profissionais na proposta CAPS-ad.

Conhecer as suas expectativas em relação ao seu futuro no CAPS-ad

4. Método

Esta é uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo, que foi realizada por meio de entrevistas semidirigidas, seguidas de uma análise qualitativa dos dados, utilizando-se o método de análise de conteúdo, de acordo com a proposta de Laurence Bardin.

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de caráter qualitativo, com a utilização de entrevistas semidirigidas para o procedimento de coleta de dados e da metodologia de Análise de Conteúdo no procedimento de análise dos mesmos.

4.2. Participantes

Os participantes do estudo foram os profissionais da área saúde mental envolvidos no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, do CAPS-ad de uma cidade na Região da Baixada Mogiana, no Estado de São Paulo. A amostra é, portanto, do tipo não probabilístico, de conveniência, totalizando dez participantes de formações diversas, assim composta: uma professora de expressão corporal, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, três psicólogas, uma assistente social, um médico generalista, um professor de educação física e uma terapeuta ocupacional.

4.3. Local do estudo

O estudo foi realizado nas dependências do próprio CAPS-ad, em sala cedida pela direção do mesmo. A sala continha mobiliário e iluminação condizentes e apresentava todas as condições de conforto e privacidade necessários à realização do trabalho.

4.4. Material e instrumentos

Foi utilizado um gravador digital de voz, marca Sony, para o registro integral das entrevistas;

Foram utilizadas fichas em papel sulfite para a coleta dos dados profissionais dos participantes, conforme anexo B; caneta esferográfica para o registro dos dados e roteiro de entrevista, conforme anexo A.

4.5. Aspectos éticos

Este trabalho teve como instrumento a entrevista semiestruturada, que objetivou colher as impressões dos profissionais de saúde mental sobre o trabalho que realizam em um Centro de Atenção Psicossocial da Região da Baixada Mogiana-SP. Os profissionais que concordaram em participar desta pesquisa foram informados sobre o modo como a mesma seria realizada, sobre sua metodologia e objetivos, bem como de que poderiam, a qualquer momento, desistir de sua participação sem sofrer qualquer tipo de prejuízo. Foram cientificados de como seria a sua participação e esclarecidos de que a pesquisa, nos moldes em que estava estruturada, não colocaria em risco a sua integridade física ou psicológica. Foram também informados de que seus nomes seriam preservados e não seriam identificados por ocasião da divulgação dos dados da pesquisa em publicações científicas e que esses dados seriam utilizados exclusivamente para fins acadêmicos. Posteriormente às explicações todos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, anexo D.

4.6. Riscos e benefícios

Compreende-se que a pesquisa não oferece riscos ou danos aos participantes, bem como à instituição na qual a mesma será realizada. Quanto aos benefícios espera-se que este estudo contribua para uma reflexão aprofundada a respeito da prática dos profissionais participantes, e que possa resultar em melhores serviços aos usuários e maiores níveis de satisfação profissional. Espera-se também que este trabalho possa contribuir, para ampliar os conhecimentos sobre a assistência a dependentes químicos na rede pública de saúde.

4.7. Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

A pesquisa poderia ser encerrada ou suspensa caso houvesse algum motivo, à revelia do pesquisador que a fizesse cessar. O mesmo ocorreria caso não houvessem participantes suficientes para atingir os objetivos propostos pelo estudo. Se tais condições ocorressem, tanto o Conselho de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista quanto a Instituição que autoriza a coleta, no caso o CAPS-ad, seriam comunicados.

4.8. Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista semidirigida, realizada individualmente, na própria sede do CAPS-ad, em sala cedida pela coordenação.

Os participantes foram previamente esclarecidos quanto à voluntariedade, gratuidade e sigilo dos dados, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A).

Antes de cada entrevista foi preenchida a ficha de caracterização profissional de cada participante (Anexo B).

Inicialmente foi solicitado ao profissional que relatasse sua experiência de trabalho no CAPS-ad. O entrevistado era estimulado a falar livremente, abordando os aspectos que desejasse, sem ser interrompido pelo entrevistador. Se a sua fala inicial não satisfizesse às necessidades de entendimento dos quesitos elencados, como aconteceu em todas elas, passávamos então a solicitar que ele se manifestasse sobre os itens do roteiro que não haviam sido abordados. Ao final, o deixávamos à vontade para acrescentar o que mais desejasse.

As entrevistas foram integralmente registradas em um gravador digital de voz, e depois transcritas para posterior análise. Foram elas orientadas por quatro eixos temáticos, que são as quatro categorias de análise, escolhidas a priori e desdobradas, também a priori, em quinze subcategorias, conforme anexo A.

O roteiro foi estruturado desta maneira, com o propósito de obter todos os esclarecimentos necessários aos objetivos do nosso estudo.

4.9. Procedimento de análise do conteúdo das entrevistas

Para a análise dos dados coletados nas entrevistas, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo definida por Bardin (2004) como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, com a finalidade de obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, os indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens.

Inicialmente foi feita uma leitura flutuante buscando estabelecer um novo contato com o material produzido, diferente daquele já efetuado quando da realização das entrevistas e sua transcrição. Esse procedimento teve objetivo de “deixar-se invadir por impressões e orientações” (Bardin, 2004, p.90), e assim possibilitar a apreciação do conjunto das locuções e a execução dos recortes necessários, com vistas aos objetivos do estudo, mantendo fidelidade à coerência e inteireza das idéias expressas pelos entrevistados.

Atentos a estes princípios, efetuamos as necessárias correções referentes ao Português, a eliminação de locuções repetidas, bem como das narrativas referentes a experiências pessoais não pertinentes aos objetivos do estudo.

Em seguida, agrupamos os enunciados em torno das quatro categorias e quinze subcategorias, compondo assim um conjunto de locuções no qual, para cada proposição, apresentamos as falas dos dez participantes.

Com o objetivo de preservar a identidade dos participantes a ordem das locuções foi embaralhada, de modo a não se poder atribuir uma dada resposta a um determinado profissional. Tivemos também o cuidado de editar as falas, de modo a suprimir todos os dados que

pudessem possibilitar identificação pessoal, mesmo que isto, algumas vezes, tenha resultado num empobrecimento relativo do material. Todo esse cuidado se deveu a fato de haveremos trabalhado com uma instituição pequena, com reduzido número de participantes, o que tornava fácil identificar o profissional pelo conjunto de suas falas.

Ao final de cada conjunto de subcategoria de respostas, apresentamos a nossa análise, discutindo os aspectos julgados fundamentais para a elucidação das questões propostas.

No capítulo 5 apresentamos os conteúdos das entrevistas, de acordo com o esquema acima exposto.

5. Resultados Discussão

5.1. Caracterização dos participantes

Os dados levantados nos revelaram um conjunto de participantes com as seguintes características:

Participante 1

P1 é professora de expressão corporal, e trabalha no CAPS-ad há cinco anos. A sua formação acadêmica é Matemática, na qual é graduada há um ano. Fez curso técnico de teatro, cujas técnicas emprega no seu trabalho com os dependentes químicos. Trabalha com essa população há mais ou menos cinco anos, sempre nesta mesma instituição.

Participante 2

P2 é enfermeira, trabalha no CAPS-ad há cinco anos e oito meses. Não tinha experiência anterior com atendimento a dependentes químicos. Para trabalhar com essa população, cursou o SUPERA – Sistema para Detecção do Uso e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento. Curso este ministrado à distância, promovido pela SENAD – Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas.

Participante 3

A participante 3 graduada em Psicologia há sete anos. Possui especialização em Recursos Humanos e está fazendo pós-graduação em saúde mental. Trabalha há um ano no CAPS-ad, fazendo atendimentos individuais e grupais. Iniciou nesta instituição o seu trabalho com dependentes químicos.

Participante 4

A participante 4 é enfermeira, com três anos de formada, tendo sido antes auxiliar de enfermagem. Possui especialização em saúde mental e Trabalha há nove anos e três meses

com dependentes químicos. Está vinculada ao CAPS-ad há dois anos e três meses, onde atua como enfermeira e coordenadora geral da instituição.

Participante 5

P5 tem graduação em pedagogia e serviço social. Tem onze anos de formada e trabalha há um ano e dez meses com dependentes químicos, tendo começado as suas atividades com essa população no próprio CAPS-ad. Possui especialização em educação especial e cursou também o SUPERA. A sua função no CAPS é de assistente social.

Participante 6

P6 é graduada em Psicologia há onze anos. Possui especialização em psicopedagogia e cursou o SUPERA. Fez também uma capacitação para conselheira de adolescentes em situação de risco, ministrado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Iniciou as suas atividades com dependentes químicos neste CAPS-ad há dois anos e três meses.

Participante 7

A participante 7 é psicóloga, com vinte e cinco anos de formada e possui especialização em psicopatologia, psicomotricidade e saúde mental. Trabalha com dependentes químicos há quatro anos, todos neste CAPS-ad, sendo que nos últimos doze meses está atuando somente na área de tabagismo.

Participante 8

P8 é médico generalista, formado há um ano e não possui nenhuma especialização. Trabalha com dependentes químicos há seis meses, tendo iniciado essa atividade no CAPS-ad em estudo. Realiza atendimento clínico e se utiliza da conversação para ajudá-los um pouco mais.

Participante 9

P9 é graduado em Educação Física há dez anos. Possui especialização em musculação e condicionamento físico na área de exercícios físicos aplicados à reabilitação cardíaca de pacientes especiais – diabéticos e obesos. Está há quatro anos no CAPS-ad, ministrando exercícios físicos aos pacientes e não possuía experiência anterior com dependentes químicos.

Participante 10 (P10)

P10 é graduada em Terapia Ocupacional há oito anos. Possui especialização em educação especial e em arteterapia. Fez extensão universitária com o Título Análise Filosófica da Loucura Segundo Foucault. Cursou também o SUPERA. Tem três anos de experiência no trabalho com dependentes químicos, e está neste CAPS-ad há apenas um mês.

Os dados apurados estão representados na tabela abaixo:

Tabela 1 – Caracterização dos participantes. (n=10).

participante	Idade anos	gênero	formação acadêmica	tempo de graduação (anos)	formação complementar	tempo de trab. c/ dep. química (anos)	tempo de Trab. no CAPS (anos)
1	31	F	Matemática	1,0	Teatro	5,0	5,0
2	28	F	Enfermeira	0,6	Supera	5,8	5,8
3	30	F	Psicologia	7,0	Saúde mental - cursando	1,0	1,0
4	39	F	Enfermagem	3,0	Saúde mental	9,3	2,3
5	33	F	Serv. Social Pedagogia	11,0	Educ. especial Supera	1,1	1,1
6	35	F	Psicologia	11,0	Psicopedagogia Supera	2,3	2,3
7	51	F	Psicologia	25,0	Psicopatologia saúde menta psicomotricidade	3,0	4,0
8	29	M	Medicina	1,0	Não tem	0,6	0,6
9	32	M	Educ.Física	10,0	Musculação cond. Físico	4,0	4,0
10	29	F	Terapia Ocupacional	8.0	Educ. especial arteterapia - Saúde Mental	3,0	0,1

5.2. Categorias e subcategorias de respostas

5.2.1. Categoria I - A relação do profissional com o seu trabalho

5.2.1.1. Subcategoria A - Percepção sobre a eficácia das abordagens e técnicas empregadas

P = Pesquisador; E = Entrevistado.

P = Fale sobre a sua percepção, a respeito da pertinência e da eficácia das abordagens e técnicas que você utiliza, no seu trabalho.

Locução 1

E = Bom, eu ainda não posso falar, que eu concluí alguma coisa porque é muito recente, mas eu acho que traz uma reflexão... as atividades e as discussões que são feitas depois, traz a reflexão para eles. Eu acho que isso gera uma melhora, eu espero, na verdade.

P = Mesmo sendo muito recente e você não tendo uma extensão de trabalho que possibilite uma avaliação melhor, na sua percepção, você acha que essas técnicas são pertinentes aos objetivos e a eficácia delas condizente com o que você espera?

E = Eu acredito que sim, apesar de o início ser uma coisa muito forte, mas eu acho que as atividades são importantes sim, nessa liberação... Na parte emocional mesmo.

Locução 2

E = Eu consigo ver a eficácia do trabalho justamente nesse grupo menor, porque depende muito da frequência pra os benefícios dessa atividade. Então a gente entra com as atividades nesse período, pra todos os pacientes, porém os pacientes que realmente conseguem obter o benefício, não só momentâneo, mas um benefício contínuo desse trabalho, é essa minoria... (E se refere aos mais assíduos).

Locução 3

E = O que eu estou vendo é que está tendo resultado [...]. Às vezes a gente fala 1% de resultado, e 1% é muito. A gente pega 1% ou 2% (...) é um avanço muito grande, porque é tão difícil, principalmente nessa área, não é? Então cada melhora é uma vitória. Eu vejo nesse sentido. Lógico que tem as recaídas, mas depois volta, volta a aderir ao tratamento com mais força e aí a gente dá a 2ª, 3ª, 4ª, 5ª chance para a motivação dele. O que o paciente espera é que a gente fique firme, não é? Então quando ele acha uma ajuda maior, dá mais motivação pra ele continuar o tratamento.

Locução 4

E = [...] Então, as técnicas que você diz, muitas das coisas que utilizo dentro do [...] são coisas que eu usei com outras dependências, mas são eficazes desde que a pessoa que você esteja tratando deseje, de verdade, superar a dificuldade. [...] Então as técnicas, eu percebo que funcionam. Mas quando não funcionam é porque o paciente não deseja muito [...].

Locução 5

E = Para trabalhar com dependentes, você tem que ter bastante persistência, não é? A gente procura desenvolver trabalhos pertinentes à idéia do que é CAPS, não é? Um lugar de atenção psicossocial, de reinserção, de tratamento, inclusive das comorbidades. Mas você percebe que frustra um pouco, porque você fala, fala, fala, as mesmas coisas e é sempre difícil sair daquela situação. Mas é uma coisa a longo prazo. Você percebe que uma coisa que você falou hoje vai repercutir daqui há anos. Por isso que é um trabalho que frustra porque demora. Tem as recaídas, que a gente até entende, que faz parte do processo. Mas você, enquanto profissional, trabalha com aquela situação de tentar acolher aquela pessoa, tentar fazer o tratamento... E sempre tem aquelas idas e vindas.

Locução 6

E = É assim. Hoje a gente tem uma equipe aqui no caps que dá condições de trocar muita informação um com o outro. E uma das coisas que eu percebo é que você tenta desenvolver um trabalho, mas como os pacientes não são tão assíduos, e as recaídas são constantes, muitas vezes você não consegue atingir a sua meta com eles...

P = E a sua visão a respeito da pertinência e eficácia do trabalho? você acha que é pertinente o que é feito? É eficaz?

E = É pertinente, é necessário [...]. Eu acho que por menor que seja o ganho, é muito importante. Mas eu acho que nesta área da dependência química, ainda falta muito.

Locução 7

E = Eu acho que tudo que você faz pra puxar a pessoa, pra tentar fazer pensar e provocar uma mudança nela, de transformação para o bem, é pertinente fazer. [...] Estar aqui dentro durante o dia é um ambiente seguro, pra ficar sem a droga. Porém quando ele vai embora pra casa dele, no caminho ele já pega, já encontra. Então eu [...] fico triste com a limitação nossa, não é? [...].

Locução 8

E = Eu acho que depende do que a gente espera. O que eu espero? Eu espero que a pessoa, use menos a droga, sendo muito otimista eu espero que ela pare também, com a droga, com o álcool. [...] Eles acabam sendo grupos de conversa. E eu tinha um grupo de desenhos, e não gostam de desenhar. A intenção era falar dos sentimentos através do desenho. [...] Mas não adianta você usar simbolismo! “Isto é maçã!” “E o que a maçã representa pra você?” “Fruta.” Sabe? Não funciona. Mas se você falar assim: “gente, olha, isso daqui é um copo e se você beber esse tanto de álcool aqui vai acontecer tal coisa.” Aí eles estão entendendo. Agora, nada subjetivo... [...] Eu acho que pra maioria, não há resultados. Tem pessoas que respondem, tem pessoas que melhoram, elas evoluem, elas deixam de usar o álcool ou a droga, mas são pessoas que tem uma capacidade de elaboração diferente, mas é um percentual pequeno.

Locução 9

E = Em porcentagem? (risos)

P = Se você quiser usar porcentagem...

E = [...] Eu acho que a gente tem um grau de eficácia muito baixo. O que eu percebo do serviço, acho que nem 10% de uma eficácia que a gente gostaria que tivesse, não tem. Não sei se é pelo jeito que a gente trabalha, não sei se é por falta de conhecimento, não sei se isso é geral, mas é muito baixo. Pra mim eu acho que as técnicas que a gente usa... A gente até conversa sobre isso, porque não está dando certo, porque a gente não está conseguindo... Mas é uma eficácia pra mim muito baixa!

Locução 10

E = Eu percebo assim, os pacientes que estão aqui há mais tempo, eu vejo que são os pacientes que participam mais das minhas atividades. Eles gostam de participar do grupo (menciona a atividade). E eu acho que pra eles tem um grande proveito sim, viu? Eu percebi que alguns, depois de um tempo, [...] até pediram desligamento do CAPS e queria voltar a trabalhar. Então eu vejo assim, a auto estima deles melhora, eu percebo que o paciente está conseguindo atingir aquele objetivo durante as atividades... e aquele paciente que está ali só por estar [...].

Interessante observar as diferentes percepções a respeito dos resultados alcançados. A metade dos participantes acha que o tratamento, da forma que vem sendo conduzido, produz bons resultados, embora três deles avaliem que esses bons resultados são para poucos, por diferentes motivos. Para um participante beneficiam-se apenas os mais assíduos; para outro o resultado é pequeno, mas mesmo assim importante; para o último os bons resultados são para os que “desejam de verdade”. A outra metade entende que os resultados são insignificantes. Podemos concluir, portanto, a partir de um exame mais acurado, que apenas dois participantes acham que os serviços prestados são realmente eficazes.

Importante ressaltar que os que avaliam os resultados como insatisfatórios, atribuem essa ineficácia aos próprios usuários, conforme fica patente em algumas respostas. Notamos aqui a ausência de propensão para uma reflexão crítica e globalizante, que leve sim em conta as peculiaridades dos dependentes químicos adesos ao serviço, como também todos os demais elementos que fazem parte do processo de tratamento, como estrutura física, características e modos de funcionamento da equipe, natureza das interações entre equipe e pacientes, envolvimento das famílias no tratamento, formação e grau de experiência dos profissionais, materiais e equipamentos à disposição, etc.

Assinalamos também que, embora não tenha sido objeto específico de avaliação em nosso estudo, a questão relacionada a abstinência e redução de danos foi mencionada por quase todos os profissionais, direta ou indiretamente. Todavia, em algumas das falas acima parece transparecer alguma confusão a respeito de qual das duas perspectivas assume o profissional no prognóstico e na avaliação dos resultados. Cremos que isto se deve, pelo menos em parte, ao deficiente preparo teórico e ao fato de não se estabelecer o Planejamento Terapêutico Individual no início do tratamento, o que explicitaria os objetivos daquela intervenção e os possíveis resultados a serem aguardados, em função das características do usuário e das possibilidades do serviço

Em relação ao PTI notamos “uma deficiência nos espaços de negociação, nos quais o corpo técnico, familiares e usuários pudessem definir, de maneira conjunta e democrática, o PTI, conforme preconizam os dispositivos norteadores do CAPS” (SANTOS, 2008). Esta providência, a elaboração do PTI, que a muitos profissionais pode parecer apenas um detalhe técnico, é, na verdade, muito mais do que isto. Refere-se a algo que está no cerne da nova política de atenção à saúde mental, que é a atitude de reconhecer o usuário como sujeito, e não como mero “paciente” a ser encaixado a grupos e oficinas pré-definidos institucionalmente onde o mandatário do serviço deve se adaptar (SANTOS, 2008). Pontua este autor que insistir nessas práticas contraria o espírito da Reforma Psiquiátrica, postulante de que a assistência às pessoas, na área de saúde mental, inclusive na de dependência química, deve buscar a transformação da vida social e subjetiva da pessoa e, indubitavelmente, isto passa pelo reconhecimento fatural da sua condição de sujeito. Cremos que, a ausência desses cuidados pode levar o serviço CAPS a reproduzir, embora com um invólucro diferente, práticas institucionais semelhantes às do antigo modelo de assistência.

Outros aspectos precisam ser considerados, em relação à mencionada baixa efetividade dos serviços. De acordo com alguns depoimentos, os profissionais são “*literalmente jogados no CAPS, sem nenhuma preparação*”; ou “*vêm para cá porque é o último lugar que sobrou*”; ou ainda “*fiz concurso para a área de saúde, nem sabia da existência do CAPS*”. Fica claro

que trabalhar no CAPS-ad não foi uma escolha da maioria, senão da totalidade desses profissionais. Ainda mais problemático, não receberam qualquer preparação para a inserção nesse serviço e, posteriormente, não receberam nenhuma espécie de capacitação para trabalhar com drogadependentes.

Constatando esses fatos, poder-se-ia pensar que o trabalho com essa população é algo simples e que qualquer profissional de saúde pode executá-lo. Mas, ao contrário, trata-se de um trabalho bastante complexo, que exige especialização e experiência. Esses profissionais vão atuar junto aos abusadores de drogas, cujo manejo é reconhecidamente difícil, em virtude de vários fatores de ordem médica, social, familiar, econômica, mais a possibilidade de outros transtornos em comorbidade com a toxicod dependência (KIRSCHBAUM; PAULA, 2001).

A inexistência de um grupo de supervisão é outro aspecto que julgamos estreitamente relacionado com o baixo grau de eficácia. As supervisões permitem outros olhares sobre um mesmo paciente, suas características, sua dinâmica e seu tratamento, bem como sobre o profissional e a sua atuação. Possibilita o descolamento de práticas repetitivas, habituais, e muitas vezes inócuas ou iatrogênicas. Além do que é no espaço da supervisão que o profissional vai explicitar e elaborar as suas dúvidas, dificuldades e conflitos inerentes ao trabalho (Vasconcelos, 2001).

Alguns profissionais expressaram que não havia, “até há duas semanas atrás” uma reunião específica para discussão dos casos clínicos. E que essas discussões, quando urgentes e quando possível, eram feitas nos momentos finais das reuniões administrativas semanais. Na nossa percepção, ficou patente que essas discussões não tinham nenhuma sistematização técnico-científica, cujos significados pudessem ser por todos compartilhados (SANTOS, 2008). Entendemos que este fato também se relaciona com a baixa efetividade e, mais do que isto, praticamente elimina as vantagens de se ter uma equipe multidisciplinar atuando na instituição. Sem essas reuniões, torna-se praticamente impossível a discussão sistemática dos casos e a complementaridade das ações.

Relevante também anotar o não envolvimento das famílias no processo de tratamento. Como afirmam alguns participantes:

“Tem um grupo de família aqui, porém não funciona”;

“Tem um grupo de famílias, mas a gente vê que a participação é difícil”;

“Depositam o paciente aqui e acham que o problema é nosso”.

Independentemente das causas que determinam essa não participação, é necessário considerar que sem o efetivo envolvimento dos familiares do dependente, torna-se ainda mais difícil a já delicada tarefa de lidar com essa população. Seria necessária, a nosso ver, uma reflexão aprofundada para se determinar as causas e estabelecer estratégias para atrair as famílias para a indispensável participação. Não levar isto em conta seria reduzir o problema do adicto à esfera individual, uma simplificação incompatível com a realidade, uma vez que a

“loucura de um membro da família tende a circular entre todos os outros [...] nota-se que o olhar voltado para o grupo familiar e o contexto social tem resultados mais efetivos do que aquele que reduz o sujeito à sua doença” (DELFINI, et al., 2009).

Faz-se necessário também enfatizar o fato de que o CAPS em estudo não conta com a equipe mínima determinada pelas normas do SUS. Elas determinam que um CAPS-ad, tem de ter em seus quadros funcionais um médico psiquiatra e um médico clínico (BRASIL, 2004 b) e isto não acontece no CAPS em análise. Não há psiquiatra na equipe e o clínico atende no serviço por duas horas, uma vez por semana. Esta é uma situação difícil de se entender e altamente comprometedora da eficácia da assistência. Sem a contribuição do psiquiatra que viria se somar aos olhares dos outros profissionais, fica empobrecida a percepção sobre o paciente, inclusive sobre as eventuais comorbidades psiquiátricas, criando dificuldades, possivelmente intransponíveis, à elaboração de um planejamento terapêutico individual coerente e adequado.

Gostaríamos também de destacar a ausência de apoio da rede de saúde pública que, segundo alguns participantes, é totalmente despreparada para acolher os usuários de álcool e drogas. Relatam mesmo a existência de preconceitos dentro da rede de saúde, inclusive na de saúde mental em relação aos dependentes de substâncias e aqueles que com eles trabalham, conforme se pode observar nestes diálogos entre o pesquisador e um participante, no contexto da entrevista:

“Não temos apoio das redes. A gente acaba sendo excluído pelo próprio sistema. Nós que trabalhamos nesta área de saúde mental acabamos nos sentindo excluídos do sistema. Quando você vai aqui do lado, no pronto socorro, e fala: ‘sou do caps’: ‘Nossa, você também é meio louca, trabalha com os loucos. Nossa eu não agüentaria trabalhar lá não, como é que você agüenta? [...]’. Então, somos muito excluídos. O serviço é excluído. Se a gente tivesse uma rede mais unida, um serviço mais amplo, se tirássemos um pouco do preconceito de lado, acho que funcionaria muito melhor. A satisfação da gente fica meio...”

P = Importante isso que você está falando, um preconceito dentro da própria rede de saúde...

“E = Do próprio CAPS. O CAPS II com o CAPS-ad tem um preconceito grande, por ser dependência química. As próprias profissionais de um caps para outro estão nesse preconceito. Você vê nitidamente esses preconceitos, principalmente deles, o que é pior, porque lidam com saúde mental e não conseguem entender o próprio álcool e drogas [...].”

Percebemos aqui um modo de funcionamento bastante divergente daquilo que preconizam as normas do Ministério da Saúde, que estabelecem o funcionamento em rede como es-

sencial para se alcançar os objetivos do Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004 a).

Santos (2008) em sua pesquisa em um CAPS-ad, faz afirmações muito semelhantes a respeito destas questões. Diz ele que a pretensa rede de saúde mental do município não tem conseguido se articular dessa maneira. Seus participantes declaram que não conseguem realizar estratégias conjuntas com outras unidades da rede de saúde e com a própria rede de saúde mental. Destacam também a existência de um forte preconceito em relação ao dependente químico e aos profissionais que trabalham com essa população.

Em relação à pertinência dos métodos e técnicas empregados, apenas um participante a ela se referiu, após ser instado pelo pesquisador. Cremos que isto se relaciona com o fato, por quase todos mencionado, da ausência de preparo teórico. Não seria possível, a nosso ver, dizer com segurança que uma técnica é adequada a um determinado objetivo se se desconhece a teoria que a embasa e sustenta.

Todas estas peculiaridades, e ainda outras que serão mencionadas, verificadas no CAPS-ad em estudo, parece-nos explicar amplamente a baixa eficácia dos serviços e, certamente merecem estudos e reflexões.

5.2.1.2. Subcategoria B - Acompanhamento da evolução do paciente

P = Sobre acompanhamento da evolução dos pacientes? Existe uma técnica estruturada pelo caps ou por você, de acompanhamento da evolução desses pacientes?

Locução 1

E = Pra fazer um acompanhamento só se o grupo fosse totalmente fechado. No grupo X eu já tenho isso, que é um grupo fechado. A gente trabalha três meses juntos. A gente faz um contratinho, que não pode faltar, ou pode faltar só uma vez durante esses três meses, então eu tenho como analisar mesmo.

Locução 2

E = Não fazemos acompanhamento formal. Apenas as observações do dia-a-dia.

Locução 3

E = Não temos acompanhamento...

Locução 4

E = Uma avaliação, você fala, não é?

P = É seguimento mesmo, do processo do paciente pra avaliar a eficácia, a resposta do paciente, não tem?

E = Não temos. Eu acho que é um prejuízo. A gente tem que pensar numa forma de fazer isso.

Locução 5

E = Um programa planejado mesmo, não tem. Cada um dentro da sua área tenta fazer um pouco, mas falar que tem um plano, não tem.

P = É informal, uma observação informal?

E = Isso, isso.

Locução 6

E = Não. Quando tem algum caso que precisa de alguma atitude ou mudança no estilo de tratamento, a gente até discute. Após a reunião de equipe a gente faz a discussão de casos. Até foi proposto a gente fazer isso de forma sistemática para realmente acompanhar mais de perto essa situação. Mas não é uma coisa estruturada.

Locução 7

E = Temos, temos. A gente percebe quando o paciente já começa a ter equilíbrio. Eu percebo quando ele faz evolução. A gente faz da evolução um salto e vai acompanhando os aspectos de evolução física e emocional.

Locução 8

E = Como o volume de atendimentos é muito grande, os quadros mais complicados eu peço pra vir a cada 15 dias ou até semanalmente, para reavaliação. Mas o máximo que eu consigo mesmo é de 2 em 2 meses, ver o paciente.

P = Esse acompanhamento acontece quando o paciente está aqui, vinculado ao caps? Se ele receber alta, por exemplo, não tem um acompanhamento fora?

E = Não tem. A gente está tentando fazer um acompanhamento nos postos. Mas o que acaba acontecendo é que ele vai aos postos, tem recaída e volta pro CAPS de novo.

Locução 9

E = Não, não temos. Acaba sendo mais no dia-a-dia... Mais visual do que com dados formais.

Locução 10

E = Não, não. Não tenho.

Verificamos que não existe um sistema de acompanhamento de resultados estruturado pelo CAPS, e os profissionais, individualmente, também não empregam nenhuma metodologia que lhes permita ajuizar se o seu trabalho está produzindo algum benefício. A visão que têm sobre este aspecto é assistemática, decorrente de impressões pessoais. Este fato nos leva a

questionar a própria percepção que esses profissionais têm da eficácia do serviço, uma vez que ela não se baseia em observações metódicas e consistentes.

De acordo com Silva (2006) a avaliação de um determinado serviço público, para ser devidamente ampla e consistente, deve se iniciar pelo exame crítico da política pública que o instituiu em conexão com os programas e serviços que constituem a sua materialização, considerando as suas especificidades, seus objetivos e a problemática envolvida. Parece-nos esta uma postura bastante lógica porque se assim não for, a avaliação, isolada da sua história e do seu contexto, será sempre limitada e, muito provavelmente, contaminada por vieses e distorções.

Afirma a autora referida que não há no Brasil “uma prática institucionalizada de avaliação de políticas, programas, projetos e serviços públicos, em nenhuma das três esferas de governo” (SILVA, 2006, P. 104). Constatamos esta realidade no CAPS em pauta, onde não existe a prática de acompanhamento e avaliação de resultados, como aparece nas falas de todos os participantes, com exceção de uma. Mesmo assim percebe-se na sua afirmativa uma contradição, como segue:

“temos, temos (avaliação). A gente percebe quando o paciente já começa a ter equilíbrio. Eu percebo quando ele faz evolução. A gente faz da evolução um salto e vai acompanhando os aspectos da evolução física e emocional”.

Parece-nos claro que, também para esta participante, a avaliação refere-se tão somente a impressões pessoais decorrentes do dia-a-dia com o paciente.

Outra participante revela preocupação com a inexistência de avaliações formais quando diz

“Não temos. Eu acho que é um prejuízo. A gente tem que pensar numa forma de fazer isso”.

Nós também entendemos que é um prejuízo e, mais do que isto, demonstra uma falta de objetivos claros a serem perseguidos.

5.2.1.3. Subcategoria C - Grau de satisfação com os resultados

P = Fale para mim sobre o seu grau de satisfação com os resultados do seu trabalho.

Locução 1

E = Eu não posso ainda quantificar os resultados, mas eu fico feliz com a resposta dos pacientes. Durante cada sessão que é feita eu fico satisfeita com a devolução de cada usuário.

Locução 2

E = Não é como eu gostaria. Eu acho que me sinto muito limitado pra trabalhar, nem tanto por espaço físico, nem tanto... Mas é o que a gente consegue... Até aonde a gente consegue atingir, aí...

Locução 3

E = É aquilo que eu disse, pra mim se entre 10 um conseguiu eu fico animado. Então é uma porcentagem que as vezes as pessoas não valorizam, mas é um a menos. Eu estou satisfeito, muito. Eu me satisfaço porque é um, mas é um que [...]. Não é a quantidade, é a qualidade que vale. Não é estatística, não são números. A gente vê muito números. Numero de prontuário, de RG, como em tudo... [...] a gente tem que ver o indivíduo, o indivíduo é único.

Locução 4

E = [...] eu trabalho aqui por satisfação. O aprendizado que eu tenho e a satisfação que eu tenho de poder ajudar quem não pode pagar um tratamento é muito grande. Então eu faço muito mais por amor, de querer ajudar aqueles que não pagam e aqueles que não são bem atendidos só porque não podem pagar. Então eu faço mais por satisfação. Mas quando se fala de salário - eu preciso dele porque ele é fixo, ele entra e me acrescenta. Ele some em fração de segundos. Mas eu trabalho muito mais por satisfação

Locução 5

E = Tem épocas que a gente fica mais frustrada com as situações. Atualmente eu me sinto satisfeita de trabalhar aqui. Às vezes falta médico, então a gente se sente sobrecarregada. O salário não é muito bom. A gente não é muito valorizada...

Locução 6

E = Eu gosto de trabalhar aqui, mas eu acho que a gente poderia ter um resultado melhor se nós tivéssemos uma supervisão, coisa que a gente sempre solicitou. Eu gosto do trabalho, do ambiente, do contato com os pacientes [...]. Só que eu acredito que falta um pouco mais de apoio. Se tivesse esse apoio eu diria que estaria satisfeita em trabalhar com dependência química no CAPS [...] Por enquanto eu não quero sair daqui. Eu gosto de trabalhar aqui, eu me sinto bem em trabalhar aqui. Só que a dependência química é um negocio que todo mundo tá procurando um caminho, então eu acho que se a gente tivesse mais apoio, uma supervisão, eu estaria satisfeita [...].

Locução 7

E = Bom, satisfação, eu acho que cada pessoa que você pode promover um pouquinho de bem-estar, luz no fim do túnel - porque eu acho que a dependência é um caminho escuro, obscuro, sem perspectiva às vezes -, então cada pessoa que você mostra que ela tem um caminho pra seguir, que vai depender dela... Qualquer pequena conquista satisfaz a gente, com o trabalho que eu faço, digamos assim. Realização pessoal deixa a desejar porque o salário não é nada convidativo (risos).

Locução 8

E = Bom, eu tenho uma coisa boa porque gosto do que eu faço, apesar de ficar: vamos tentar isso, vamos tentar aquilo, de não ter uma formula... Eu gosto, eu tento fazer o meu trabalho da melhor forma possível, fico muito angustiada, principalmente quando é alguém que a gente conhece, a gente consegue ver onde ela cresceu, onde ela caiu, onde conseguiu levantar... Agora, pessoas que têm um comprometimento maior, que a droga ou o álcool tá maior que tudo, é frustrante.

Locução 9)

E = Não. Eu gosto, não posso falar que não gosto porque eu gosto de trabalhar com dependentes, mas não me satisfaz profissionalmente. Porque como eu sou [...] gostaria de trabalhar na minha área [...]. Eu gosto muito de prevenção, orientação, e eu faço aqui e isso me satisfaz, mas eu também gosto muito da parte de por a mão na massa na [...]. Então é isto que me frustra, por não ter esse tipo de atendimento aqui [...].

Locução 10

E = [...] Estou satisfeita. Durante os grupos eu percebo que eles não bebem cedo, eles não usam drogas... Eles não vêm assim, eles sabem que não pode vir no grupo assim... E quando a gente está fazendo as aulas eu sempre falo no processo de criação, pra eles criarem os movimentos, pra eles poderem por um pouquinho pra fora, porque o corpo guarda todos os sentimentos e emoções. Então sempre no final da aula a gente guarda um momento pra isso. Então a gente vê que alguns conseguem se expressar... Então eu acho muito satisfatório quando você consegue atingir, mesmo que seja só com alguns... Eu gosto muito do que eu faço.

Analisando este conjunto de proposições, percebemos na maioria dos entrevistados duvidade e contradição. Apenas dois deles expressam de maneira mais convincente que estão felizes com os resultados. Nos demais encontramos afirmativas que deixam entrever a dificuldade que têm de estabelecer um juízo sobre o trabalho que realizam e os possíveis benefícios resultantes. Tais constatações coadunam-se com o fato por eles declarado de que os profissionais que ali atuam, não estão lá porque o desejem, mas que lá foram “jogados”, como um lugar para onde ninguém quer ir. São ali “jogados” sem qualquer preparação prévia ou posterior, o que resulta numa certa desorientação por nós percebida. As falas a seguir ilustram bem o que afirmamos:

“Eu trabalho aqui por satisfação [...], então eu faço muito mais por amor [...].

Aqui a satisfação é anterior ao trabalho e desconectada dos seus resultados.

“Eu gosto, não posso falar que não gosto [...], mas não me satisfaz profissionalmente”.

“[...] a gente fica frustrada com as situações. Atualmente eu me sinto satisfeita de trabalhar aqui. [...] Às vezes falta médico, então agente se sente sobrecarregada [...]o salário não é muito bom”.

Nota-se que, ao mesmo tempo em que manifestam estar satisfeitas em trabalhar no serviço e gostar do que fazem, estes participante relatam as suas frustrações e insatisfações. Parecem-nos claras aqui a dubiedade e a contradição mencionadas acima. Percebe-se também que a satisfação manifestada não é com os resultados do trabalho, mas com o fato de trabalharem no CAPS. Parece-nos que o que se afigura como apenas uma inadequação dos enunciados em relação ao tópico proposto, significa, na verdade, fuga de uma situação ansiógena, a de trabalhar sem perceber resultados.

Outros profissionais se manifestam de modo diferente como:

“Se entre dez, um consegui, eu fico animado [...] Eu estou satisfeito, muito”.

“[...] Eu acho que cada pessoa que você pode promover um pouquinho de bem estar, luz no fim do túnel “[...] qualquer pequena conquista satisfaz a gente. Com o trabalho que eu faço, digamos que sim”.

Ao mesmo tempo que estas falas poderiam indicar uma adequação das expectativas às dificuldades inerentes ao trabalho com usuários de substâncias, podem também significar a manifestação do desencanto com resultados tão diminutos. Uma reversão de perspectiva com a finalidade de autoproteção da saúde psíquica diante de uma situação muito adversa.

Afirma Dejours (1993), que o drama do trabalhador começa quando, ao ser admitido a uma serviço, entra em contato com o trabalho e a sua conjuntura. Ao perceber que esses são muito diferentes e aquém de suas expectativas e não encontrando, muitas vezes, a satisfação material e pessoal e muito menos a felicidade esperada no mundo do trabalho, entra em frustração e sofrimento, com riscos à sua saúde mental. No caso em estudo a situação, neste sentido, se afigura uma tanto mais grave, uma vez que esses trabalhadores, na quase totalidade, não buscaram esse tipo de trabalho, encontram-se ali em decorrência de circunstâncias fora de seu controle.

As falas acima reproduzidas revelam um pouco dessa realidade. Percebemos nelas, explícita ou veladamente, a frustração e o desencanto dos profissionais em relação ao trabalho que executam.

5.2.1.4. Subcategoria D - Sugestões para melhorar os resultados

P = Que sugestões você faria para melhorar os resultados do trabalho aqui no CAPS?

Locução1 (R1)

E = Acho que uma capacitação poderia ajudar, entendeu? Focada. Porque quando eu fiz o concurso, eu fiz para o (...) e de repente me colocaram na saúde mental.

P = Então não era o seu propósito, quando fez o concurso, trabalhar em saúde mental?

E = Não era o meu propósito, entendeu? Quando você entra, fica meio perdido. Acho que falta, antes de entrar, uma preparação. Eu senti isso, tive que ir lendo, pesquisando, correndo atrás, pegando livros... Correndo atrás e experiência mesmo. Porque às vezes você estar junto com eles é outra coisa. A prática não tem igual, é insubstituível.

Locução 2

E = Sugestão: capacitar os enfermeiros da rede pra saber trabalhar a clientela também nos outros locais específicos; ter mais atendimento médico, melhoraria o serviço; a equipe criar uma maneira de se comprometer mesmo, de as suas referências, de retorno, ser mais fechado, mais amarrado, porque eu acho que fica meio solto. [...] acho também quem precisa espalhar mais...

Locução 3

E = Primeiro eu vou falar o que eu sinto falta: qualificação. Eu acho que o que falta também, apesar da gente conversar bastante, de ter as reuniões e tal, ter uma equipe multidisciplinar, eu acho que falta caminhar para o mesmo objetivo. Serviço público é muito complicado, não é? Falta tudo, a gente tem as vezes que trazer coisa de casa, por dinheiro da gente. Porquê a gente quer ver o serviço funcionando, não é? Então, eu acho que falta qualificação. É a primeira coisa que falta. Falta também supervisão. Então o caminhar todo mundo para o mesmo lado, acho que faz parte da supervisão [...].

Locução 4

E = Eu acho que precisaria desse tipo de avaliação que você está falando aí, pra gente ver onde estão as falhas, não é? E tentar consertar, mudar, ter outras alternativas. [...] Por exemplo, eu pego 10 pacientes com um perfil x e vamos acompanhar, vamos à casa, ver a família. Porque tem muito problema que a gente não sabe que está acontecendo lá fora. [...] E recurso médico, que eu falo que falta muito, porque às vezes atendemos um paciente que esta sem usar droga ou bebida a 3, 4 dias e assim, sem atendimento médico ele vai usar! Por causa da abstinência. Ele precisa de atendimento médico! Às vezes de internação clínica. E na secretaria consta leito no Hospital municipal, porém nunca conseguimos internar um paciente [...].

Locução 5

E = [...] Eu acho que faltam várias coisas... Uma quadra, uma estrutura melhor. Mas para um desenvolvimento melhor do serviço, se tivesse um carro... Que não precisava ser do CAPS-ad, mas que fosse da saúde mental, acho que ajudaria, melhoraria muito o serviço (...).

Locução 6

E = Acho que falta realmente capacitação. A gente sente que não é um serviço importante do ponto de vista político. Se você trabalhar e minimizar o uso de drogas, reflete em muitos aspectos, por exemplo, a violência, saúde, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, gastos com internação, com saúde, então é um trabalho importante, mas não é importante do ponto de vista de interesses políticos. Então é as pessoas verem que é uma coisa importante para o município.

Locução 7

E = Precisaria de uma coordenação mais rigorosa no sentido de coordenar de verdade. Precisaria de profissionais com desejo de lidar com essa área e com desejo de ter um entendimento maior daquele paciente e ter uma percepção melhor, mais aprofundada do tipo do perfil do paciente que ele trata. A equipe precisa ser integrada e não solta. Eu acho que o tipo de proposta de tratamento efetuado tem que ser um tratamento que atinja o paciente. E que não seja só paliativo (...).

Locução 8

E = Aí é uma briga que já tá há muito tempo, não é? Um médico exclusivo do CAPS. O mais difícil é fixar um medico exclusivo no CAPS, que venha todos os dias. Ou pelo menos 3 vezes por semana. O CAPS é uma entidade que precisa [...].

Locução 9

E = A minha primeira sugestão e a minha maior dificuldade: preparação dos profissionais. Os profissionais literalmente são jogados no CAPS, infelizmente. Não têm preparação nenhuma. [...]. Tudo o que a gente consegue é por dois caminhos: tentativa e erro ou correndo atrás e fazendo pesquisas que muitas vezes a gente tem que fazer até fora daqui, porque não temos uma internet, não temos livros relacionados à área, temos pouquíssimas coisas. Então eu acho que é a preparação. Hoje temos um prédio próprio, temos uma estrutura assim e assado, mas isso sem a preparação do profissional, fica muito defasado. Fica muito complicado de trabalhar. É a minha grande dificuldade e acho que é o principal erro, não preparar... não adianta ter uma política bem escrita no papel, ter uma estrutura física, mas não preparar os profissionais.

Locução 10

E = Não sei... Uma nova forma de abordagem dos usuários... Eu não sei falar que forma de tratamento, mas eu acho que é isso, trabalhar a prevenção. Olhar essa parte pra evitar o futuro e aprimorar o tratamento... Novas formas de tratamento, que eu não sei quais, mas eu acho que existe, que deve existir e que a gente tem que descobrir, não é?

Constata-se nestas colocações, que a maior carência e o maior desejo desses profissionais é a capacitação. Desde que

“[...] os profissionais são literalmente jogados no CAPS, infelizmente. Não têm preparação nenhuma [...]”.

Fica patente a angústia que carregam por estarem diante de uma tarefa tão complexa sem o domínio dos conhecimentos necessários para executá-la. Cinco entrevistados manifestam claramente a necessidade de maior preparo para o serviço, todavia isto fica bastante claro nas enunciações de todos eles. Portanto a sugestão mais freqüente para a melhoria dos resultados alcançados é a preparação dos profissionais para que possam assumir as suas responsabilidades de maneira menos empírica e mais técnica.

A necessidade de capacitação dos profissionais para uma tarefa tão complexa como a de prestar cuidados a dependentes químicos é algo evidente. Tão evidente que consta das normas do Ministério da Saúde que estabelecem as modalidades de serviço a serem prestados pelos CAPS. A Portaria Ministerial 336/2002 preconiza que o CAPS-ad deve funcionar de modo a assegurar o acesso da população ao serviço e “fomentar a capacitação do pessoal, proporcionando supervisão e educação permanentes aos componentes da rede de atenção básica e aos profissionais ligados aos programas de saúde mental” (BRASIL, 2002).

Por outro lado, os serviços que apresentam resultados mais consistentes, têm como ponto forte, entre outras coisas, a preparação e a qualificação dos profissionais a serem inseridos na equipe, o treinamento permanente e os espaços de supervisão, conforme preceituam as normas (ALVES, 2009).

Algumas sugestões também importantes referem-se à necessidade de estabelecimento de uma equipe de supervisão. Mencionam ainda as reuniões para estudo dos casos, a criação de um sistema de avaliação de resultados, a melhora da estrutura física, a complementação da equipe mínima com a alocação de um médico psiquiatra no serviço.

Outra duas sugestões bastante importantes, e que na realidade fazem parte do próprio programa estabelecido para os CAPS pelas autoridades de saúde, é a preparação da rede básica de saúde para acolhimento dos dependentes químicos que a procuram, de modo que o atendimento a essa população se torne mais amplo e mais presente na vida dessas pessoas; a segunda é a necessidade do trabalho preventivo, para evitar que as pessoas usem drogas, com o risco de se tornarem dependentes.

Como podemos notar, todas as sugestões para melhoria referem-se a itens que na verdade fazem parte das normas para o funcionamento dos CAPS-ad. Assim sendo, nos questionamos a que fatores se deveria a sua inexistência. Estariam ligados ao desconhecimento das Políticas, do programa e das normas? A carência de recursos materiais e humanos? A falta de empenho da equipe? A ausência de apoio das autoridades municipais de saúde? Ou, quem sabe, a uma mescla de todos esses aspectos? Parece-nos que esta última é a hipótese mais provável.

Levando em conta não somente os enunciados transcritos no corpo deste trabalho, mas também todas as conversações mantidas com os participantes, cremos ser aplicável ao CAPS em foco as observações feitas por Santos (2008) a respeito da instituição por ele investigada. Afirma este autor que havia uma evidente e geral falta de conhecimento por parte dos profis-

sionais sobre a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao usuário de álcool e Outras Drogas; A quase totalidade da equipe desconhecia o paradigma da interdisciplinaridade; as trocas de saberes eram deficientes. Essas condições se repetem no CAPS em estudo.

5.3.1 Categoria II - Relação do profissional com a população atendida

5.3.1.1 Subcategoria E - Representação que o profissional faz do dependente químico

P = Gostaria que me dissesse que idéias você tem a respeito do dependente químico, como você vê essa pessoa.

Locução 1

E = Se eu o vejo como um doente?

P = Como doente ou de outra maneira...

E = Ah, eu vejo como um quadro mesmo de doença. Eu não o vejo como todo mundo fala: “Ah é um vagabundo...” Não. Para mim é uma doença que tem de ser tratada, embora existam drogas muito fortes que estão acabando com as pessoas, mas eu acho que é uma doença que a gente tem que ajudar

Locução 2

E = Eu acho que a dependência química é consequência de vários fatores. Eu vejo muito por esse lado. Antes de trabalhar no CAPS eu tinha outra visão relacionada à dependência química e essa visão mudou. Algumas coisas de modo positivo e outras nem tanto também. Eu acho que a dependência química é - quando você conhece o paciente, conhece a história do paciente -, é a válvula de escape, eu acredito. Porque a maioria desses pacientes está em famílias totalmente desestruturadas e locais, o próprio bairro, totalmente desestruturado. A gente vê a maioria dos pacientes com uma dificuldade enorme de lidar, de trabalhar com problemas que todo mundo tem no dia-a-dia, que são problemas muito corriqueiros. É uma válvula de escape, de diminuição do sofrimento... E depois que já entrou... Há pacientes que o pai é dependente, a mãe igualmente... Todos os amigos são. Moram em locais de vendas de drogas. É um círculo todo muito complicado.

Locução 3

E = A maioria dessas pessoas tenta resolver sozinha. Quando chega algum problema maior do que ele estava acostumado a ter, frustrações, brigas familiares, doença... O que mais os leva às drogas são as frustrações ou problemas emocionais. (...) E família desestruturada, sem apoio, sem nada. Então eu o vejo uma pessoa que sempre precisou de ajuda e nunca pediu ajuda. E quando ela pede ajuda é na hora que está precisando mesmo, a hora que chegou ao limite... Passou do limite. Eu vejo o adicto nesse sentido. Ele não tem mais para onde cor-

rer. Ou ele vai para finalizar com a vida ou ele pede ajuda. Ou ele tenta suicídio ou ele vai tentar viver de novo. Essas as duas visões que eu tenho... É na corda bamba. Então é por isso que a gente acolhe muito quando ele pede ajuda, porque ele está querendo.

Locução 4

E = Eu tenho a visão de um ser muito frágil emocionalmente. Sempre vem de uma estrutura familiar emocional muito pobre, onde não tem troca de sentimentos, não tem troca de valores. Existem pais que cuidam, que tratam, mas que não param para observar ou viver sentimentos. Então quando eles buscam a droga é pra tampar aquela parte que eles não sabem com quem trocar e por onde trocar. Então não deixa de ser uma fuga daquilo que está dolorido e eles não sabem lidar. Porque só soma, soma e não descarrega, soma e não tem entendimento, soma e não tem elaboração. Então eles acabam buscando a droga em relação a isso. Então quando filtra o paciente da dependência você sempre vai achar um ser frágil, carente (...)

Locução 5

E = Olha, é difícil, porque muitos... O alcoolismo é uma doença... Considerado uma doença e em muitos você vê que realmente é uma doença. Agora muitos eu acho que usam o serviço em prol de algum benefício. Uma declaração, um afastamento, ou mesmo pra fugir de uma condenação, uma prisão... Então aqui a gente vê bastante isso. Pessoa que realmente você vê que estão interessados em tratamento e pessoas que estão interessadas em outros ganhos.

Locução 6

E = Eu vejo assim: muitas vezes, antes de você vir ter um contato direto com o dependente químico você vê de um jeito. A visão de fora é meio que preconceituosa, muitas vezes achando que é uma pessoa folgada, que não quer trabalhar e acaba usando a condição de “viciado”. Mas quando você tem contato direto, e vai levantar a vida desse paciente, descobre que é uma coisa que veio, muitas vezes, desde a infância. Em vários casos, você observa que a criança com 8, 10 anos o pai incentivava: “toma um golinho da pinga pra esquentar”. É um histórico que vem acontecendo durante a vida, não é uma coisa fechada, tem uma história. E muitos históricos de pais, mães que usaram durante a gestação. Isso acontece muito.

Locução 7

Eu vejo todos como doentes (...).

Locução 8

E = De modo geral, o que eu percebo? Eu tento entender um pouco do perfil dele. Todo mundo se pergunta o que leva uma pessoa a fazer isso, não é? O que eu percebo neles é que

são pessoas que têm um grau de tolerância à frustração muito complicado. Qualquer pressão, qualquer decepção, “ah vou beber, vou usar droga”. Eles precisam realmente criar uma realidade à parte, porque a realidade, a vida com coisas boas e coisas ruins, principalmente, para eles é muito difícil. São pessoas que, em maior parte, têm história de vida complicada, complicada no sentido assim, o pai bebia o avô bebia, não tinha conversa na família, tinha agressões, irmão que roubava, então alguns tem um histórico pra esse rumo. O ambiente favoreceu. Mas a gente tem também pessoas que tem família estruturada, que apóia, que tenta fazer de tudo, mas é assim, eu os vejo como crianças. O tempo inteiro parece que eles querem atenção, querem carinho, querem que alguém resolva pra eles o que está difícil, não é? Por isso que eu acho que esse pessoal que vem aqui no caps, muitos deles falam, a gente encontrou a família aqui. As mães estão lá esperando. Porque a gente dá puxão de orelha, a gente faz na verdade muitas vezes o papel de mãe. “Você não tomou banho??? Vai tomar banho! Amanhã você não vem sem tomar banho! Não cortou a unha! Que unha suja, não sei o quê! Vai tirar o sapato! Tomar remédio!” É muito interessante. Então eu acho que de certa forma é isso, a dificuldade que eles têm de lidar com frustração, não ter que assumir um papel... Eternamente os filhos, as crianças.

Locução 9

E = (...) Realmente é uma doença, uma doença que não tem cura. Se a gente soubesse uma magia para fazer a gente faria. Porque a gente vê que é um desgaste para a família, para o indivíduo, para a comunidade... Acaba tudo (...). Só que, infelizmente, ultimamente, a gente vê que não tem propósito, eles não tem propósito. Eles não querem a cura, Sabe? Eu acho que eles vêm mais pelo benefício de alimentação, por querer se aposentar e gostam da bebida. (...) Alguns chegam lá na frente e perguntam: aqui que dá declaração pra eu afastar? Não vêm em busca de tratamento. Isso deixa a gente muito irritada. Então não sei até que ponto a gente vê que é uma doença ou que realmente eles gostam do que estão fazendo. Na minha cabeça fica assim meio confuso, entendeu?

Locução 10

E = Eu penso que eles estão assim não porque eles quiseram. Tem que ver a família... Eles cresceram junto com aquilo... Às vezes eu vejo que não é uma escolha deles. Eu procuro tratar eles de modo igual, independente se é álcool, se é drogas ou depressão... Procuro estimular porque eu percebo que muitos começaram a trabalhar cedo... A gente introduz alguma brincadeira... Eles nunca tiveram oportunidade de participar... Eles não sabem, às vezes, pular uma corda, pular uma amarelinha... Começaram cedo a trabalhar para ajudar o pai, a mãe.

Analisando o conteúdo das enunciações emitidas a propósito deste quesito, verificamos que a representação que a maioria dos participantes tem do dependente químico é de um ser vitimado pelas condições sociais e familiares. Famílias desestruturadas e ambientes sociais desfavoráveis, segundo eles, levam os indivíduos a enveredarem pelos caminhos do álcool e outras drogas. Outra forma de representação que aparece como segunda mais mencionada é a de que o dependente químico é um doente, sem outras especificações.

Observamos aqui algo semelhante ao que foi mencionado a propósito na pesquisa com agentes comunitários de saúde (ARAÚJO, *et al.* 2006), onde as representações a respeito do uso da maconha apresentavam, claramente o viés acadêmico e cultural dos sujeitos. Os nossos participantes, em grande maioria, pertencem à área de saúde e as concepções que apresentam, dos dependentes como indivíduos doentes, certamente refletem as características da sua formação.

Todavia, é necessário ter em mente que o conceito de doença, como o de saúde, é bastante amplo e controverso, e que até hoje vige em nossa cultura a polêmica se a doença é um fenômeno biológico individual ou, ao contrário, social. Discute-se também a possibilidade de que seja ela resultante da interação de fatores relacionados a essas duas dimensões. Isto considerado, entendemos que afirmar que o dependente químico é um doente, sem outros qualificativos que procurem esclarecer a sua real condição, não contribui, de fato, para a compreensão do problema.

Quanto às afirmativas de que o drogadependente é um ser frágil e vitimado pelas circunstâncias familiares e sociais, refletem também, a nosso ver, um viés decorrente da prática desses profissionais e das narrativas a ela vinculadas. Trabalham eles com pessoas oriundas, na quase totalidade, das classes mais pobres da população, que residem em bairros de periferia, com pouca ou nenhuma estrutura e, em conseqüência, com maiores dificuldade de acesso aos recursos necessários à edificação de uma vida mais satisfatória. Contudo, para que a nossa apreciação seja mais completa, não se pode desconsiderar que os dependentes não procedem somente dos bairros populares e sim de todas as camadas da população. Esta observação, não nos permite afirmar que o adicto é sempre uma vítima das condições sociais, embora não possamos também desconsiderar a sua importância.

Creemos ser importante destacar que nos enunciados acima, não aparece nenhuma narrativa mais elaborada que, de alguma forma, denote um conhecimento aprofundado das estruturas psicológicas mais comumente presentes na personalidade dos dependentes de substâncias. A esse respeito, ponderam Pechansky e Luborsky (2005) que o abusador e ou dependente de substâncias pode ser visto como um indivíduo portador de sintomatologia crônica, ao modo de um transtorno de personalidade. Apresenta, com frequência, um conjunto de mecanismos psicológicos que não se desenvolveram adequadamente ou se tornaram disfuncionais, como resultado de sua dependência ou antecedendo a ela.

Outros pesquisadores observam que a personalidade de dependente tem um funcionamento comprometido desde as relações primárias entre pai, mãe e filho. A superproteção da mãe e a ausência da interdição paterna representam grave perigo na constituição de uma personalidade predisponente a comportamentos dependentes, entre os quais a dependência química (RIBAS; ANDRADE; LIMA; GUERRA; ANICETO; RIBAS; CARNEIRO; CASTRO, 2009).

De acordo com os teóricos da abordagem cognitivo-comportamental, a dependência química “resulta de uma interação complexa entre cognições (pensamentos, crenças, idéias, esquemas, valores, opiniões, expectativas e suposições); comportamentos; emoções; relacionamentos familiares e sociais; influências culturais; e processos biológicos e fisiológicos (SILVA; SERRA, 2004).

Vemos assim a extensão e a complexidade do fenômeno da dependência química, positivamente implicado na complexidade mais vasta que é a personalidade humana.

As concepções apresentadas pelos participantes podem, portanto, ser consideradas como de senso comum. Coerentemente com as proposições de Spink (1993), esta afirmação não desqualifica o saber manifestado por esses profissionais. Ao contrário, o desvela e valoriza como produto e produtor de narrativas e práticas profissionais. Pensamos, entretanto, que deve ser ele considerado e refletido em confrontação com outros saberes, para que daí possa nascer novos discursos e novas práticas.

5.3.1.2 Subcategoria F - Qualidade do relacionamento com os pacientes

P = Fale sobre o seu relacionamento com os usuários do serviço.

Locução 1

E = Bom, eu procuro ter um vínculo bem forte. Não tem uma distância assim: eu sou o terapeuta e eles são os usuários, não. Eu procuro ter um vínculo de... Não digo amizade, porque amizade não existe, não é? Mas de relacionamento bem próximo, para que possam acontecer as trocas, durante as atividades. [...] Têm um respeito muito grande

Locução 2

E = Eu tenho um bom relacionamento. Nas minhas atividades eu tento ao máximo (...) deixar um pouco de lado a dependência química e o lado “doente”, entre aspas (...) e eu sinto que isso cria um vínculo muito mais forte. Então eu tenho um relacionamento bom.

Locução 3

E = Nenhum até hoje foi sem educação, sempre me trataram bem. Não posso reclamar, não.

Locução 4

E = Sempre foi bom. Nunca tive problemas.

Locução 5

E = Eu procuro não julgar, procuro acolher as queixas. Só que tem hora que tem que por limites, porque senão eles querem medico na hora que eles querem. E você vê que pessoas pedem e você marca médico. Põe na emergência e eles somem de novo... Mas eu procuro sempre acolher a pessoa e tento dar um apoio. Mas tem casos que tem que por limites, porque estão usando a gente. Manipulam. Às vezes a gente cai naquela situação... Vem chorando, desesperado...

Locução 6

E = Eu nunca tive problema, não. Eles sempre me respeitaram muito.

Locução 7

E = Tem sido bom. Eles me respeitam e eu os respeito. Nunca tive problemas nesse sentido.

Locução 8

E = Sinto que sou respeitada, sim, me sinto [...].

Locução 9

E = Eu sinto que eu sou muito bem acolhida. Eu acho que tudo que a gente faz eles percebem. Percebem que você quer realmente ajudá-los, que você está aqui pra ouvi-los, que você não está tratando eles como mais um lá de fora. Então eles me tratam muito bem . Não tenho o que reclamar [...].

Locução 10

E = Sempre foi bom.

Constatamos aqui que os participantes, unanimemente afirmam ter bom relacionamento com os usuários e que os mesmos os respeitam muito. Este é, certamente, um dado para novas investigações. Tendo em vista que existe uma ocorrência significativa de comorbidade entre Transtorno de Personalidade anti-social e Transtorno por Uso de Substâncias em indivíduos abusadores de drogas (COSTA, J. B. P.; VALÉRIO, N. I., 2008), seria interessante procurar compreender porque os profissionais em estudo não mencionam conflitos e dificuldades nas relações com esses pacientes. Indivíduos que apresentam essa comorbidade são geralmente descritos como manipuladores, impulsivos, agressivos, irritáveis avessos à observância de regras, propensos a enganar e etc., o que induz a suposição de uma convivência tendente aos conflitos.

Chama-nos também a atenção o fato de dois participantes afirmarem que procuram tratar os usuários de uma forma amigável, sem distinção entre o profissional e o dependente. É possível pensar que este fato reflita, ao mesmo tempo, as dificuldades que esses cuidadores têm de estabelecer uma identidade profissional com que se afirmem, como também a insegurança que demonstram em relação à essa população, em função das inúmeras carências e limitações, notadamente de qualificação, por eles mencionadas ao longo das entrevistas.

5.4.1. Categoria III - Relações do profissional com a equipe

5.4.1.1. Subcategoria G - Organização e funcionamento da equipe

P = Por favor, fale como você vê a organização, funcionamento e liderança da equipe, dentro do CAPS.

Locução 1

E = Isso sem botar defeito em ninguém, porque eu acho que cada um tem a sua área, a sua função, cada um com a sua individualidade e forma de conduzir cada coisa. Eu só acho que no setor de dependência química, teria que ter uma pessoa firme, com energia... Um espaço físico onde existem pacientes de dependência química de todo tipo - basta ser um dependente químico ele é altamente manipulador - então se você não tem uma formação de conduzir de uma forma mais rígida - não que você não vá ser maleável de acordo com a necessidade - mas eu estou falando de postura, de conduta, comportamento. [...] E se tudo fica solto... Todo mundo já tem a sua individualidade, e na individualidade não existe o compromisso se não for cobrado esse compromisso. [...] No começo ele era uma equipe verdadeira. [...] Então quando existe uma coordenação mais solta, quando existe um profissional sem comprometimento ou sem uma formação adequada - porque quando vêm pra cá é porque passaram num concurso e não porque gostam -, então ele não sabe o perfil do paciente, ele não sabe nada. Então ele não vai saber lidar com o paciente sem o perfil. Então aí a gente não fala a mesma linguagem. Então a gente acaba lidando com as coisas de forma unilateral. Você acaba não atingindo o paciente, não equilibrando o paciente. Então não é o local que não funciona, o local tem recurso, mas o profissional sem formação, sem uma identificação com o que ele faz, ele não dá retorno para o paciente.

Locução 2

E = O que eu tenho observado não é? Existe uma reunião, semanal, que discute a orientação da casa. Na verdade, as coisas mais práticas. E agora tem duas semanas que o que eu acho mais importante está acontecendo, que são as discussões de casos. Isto acho que é troca. Todo mundo aqui atende e a gente precisa trocar as experiências, ver o que está acontecendo, discutir os melhores passos de tratamento, porque ninguém é igual a ninguém... E isso está acontecendo, tem duas semanas. Começamos e eu já vi resultados mesmo. [...] Agora o mais importante é discutir o indivíduo e a forma de tratar. Então eu tenho visto nestes dois encontros, o reflexo bem positivo disto.

Locução 3

E = Nesses X anos que eu estou aqui a equipe mudou muito e ela muda muito. Por todos esses fatores até que nós já comentamos aqui, a primeira oportunidade que um profissional tem de ter uma melhor remuneração financeira ou para ir para uma área de estudo que era a dele antes de vir pra cá, o profissional sai. Então há uma rotatividade muito grande de profissionais. E nesse período todo, nós passamos por fases diferentes, pelos profissionais que estavam aqui dentro. Eu acho que o sistema em si é muito rico, de profissionais de diferentes áreas terem um espaço para discutirem o mesmo paciente, o mesmo sistema, de visões diferentes. Isso é riquíssimo e isso nós temos desde o início, reuniões semanais nas unidades, reu-

niões mensais entre todas as unidades, então isso eu acho muito rico, porém não é fácil de fazer, muito pelo contrário, é muito difícil fazer com que as pessoas caminhem para o mesmo alvo. O relato entre os profissionais é muito bom. Principalmente como nós estamos de um ano pra cá. Uma equipe que se encaixou muito bem e consegue seguir para o mesmo caminho.

Locução 4

E = Eu vejo como um funcionamento, como necessário mesmo. Aquele braço direito. Acho que funciona... A estrutura aqui funciona por causa do jeito que está estruturada. Acho que falta muita melhoria, mas a gente vê que funciona [...].

Locução 5

E = Quando eu vim pra cá me surpreendi muito com o grau de organização que a equipe de saúde mental tinha. Mas com o tempo isso foi se perdendo um pouco, com as mudanças de coordenação [...]. Mas eu acho que a equipe do CAPS-ad é bem unida. A gente até tem algumas discordâncias, mas se é pra fazer alguma coisa todo mundo vai junto. Eu gosto bastante [...] da equipe daqui do CAPS

Locução 6

E = Hoje tem uma equipe bem unida devido às dificuldades que nós passamos no passado. Com as dificuldades eu percebi que a equipe do CAPS-ad foi se unindo para superar. [...]. Então a equipe é boa, unida, dá pra ter uma boa discussão, dá pra trabalhar juntos. A coordenação do CAPS-ad é uma coordenação muito dedicada, que corre atrás e tenta dar um apoio [...].

Locução 7

E = E equipe aqui, a maioria dos profissionais, é de concursados efetivos. Só uma profissional dos serviços que é contrato de trabalho.

Obs.: não foi possível utilizar mais informações fornecidas por esta participante, sem o risco de possibilitar a sua identificação pelas demais.

Locução 8

E = Quando eu entrei já tinha uma liderança, então eu não sei exatamente como se estabelece isso. O que eu percebo é que hoje a A. é coordenadora, mas se ela sair, não sei se alguém quer ser coordenador. A coordenadora é escolhida pela equipe. A coordenadora geral da saúde mental atual foi escolhida pela anterior, a E. não sei se é sempre assim que funciona. Mas eu entendo que a coordenação tem que ter uma qualificação e entender de saúde mental.

Locução 9

E = Olha, aqui no começo tinha uma divisão muito grande de equipes. E não pára ninguém, Infelizmente não pára ninguém, as pessoas adoecem muito, psicologicamente, não suportam a pressão da doença e acabam saindo. Muitos saíram. Só ficaram do começo aqui eu e a L. O resto veio entrando depois, muito recentes. A equipe flutua muito.

Locução 10

E = Então... Uma vez por semana a gente tem reunião, onde a gente discute a parte administrativa e a gente conversa sobre o PTI (Projeto Terapêutico Individual) do paciente. Então a gente conversa sobre o paciente, cada um troca experiência de como o paciente está no seu grupo, o que esse paciente está precisando a mais... Então durante essas reuniões a gente conversa, uma vez por semana, a gente reservou um período só pra isso mesmo.

P = Como é escolhida a liderança da equipe?

E = [...] Geralmente aqui no CAPS-ad a gente procura alguém que goste e que queira e que tenha carga horária, uma pessoa que tenha um período de manhã e um período à tarde aqui. Que esteja presente, caso aconteça alguma coisa.

P = E esse líder da equipe, ele é indicado por escolha da equipe ou essa escolha é feita de fora? Como que é isso?

E = A gente faz uma reunião, geralmente a gente pergunta pra todos os membros da equipe se alguém... Se há interesse e quem tem interesse se manifesta e a gente faz uma votação, pra escolher quem vai liderar a equipe.

Neste item podemos destacar alguns aspectos importantes. Primeiramente, chama-nos a atenção o processo de escolha da liderança, que nos parece bastante democrático, o que, sem dúvida, favorece a aglutinação dos profissionais e seus esforços em torno do profissional que lidera.

A maioria dos participantes expressa a opinião de que a equipe é unida, e que o relacionamento entre eles é bom. Conseguem conversar sobre os assuntos de interesse da instituição e discutir algumas questões relacionadas aos pacientes após as reuniões administrativas semanais. Uma participante informa que de duas semanas para cá criaram uma reunião só para a discussão dos casos, o que é indispensável.

Outro aspecto destacado é que a equipe muda muito, como demonstram os seguintes depoimentos:

“Por todos esses fatores que já comentamos aqui, a primeira oportunidade que o profissional tem de ter uma melhor remuneração financeira ou para ir para uma área que era a dele antes de vir para cá, o profissional sai”.

“Não pára ninguém, infelizmente não pára ninguém, as pessoas adoecem muito psicologicamente, não suportam a pressão da doença e acabam saindo. Muitos saíram. Só ficamos do começo aqui eu e a L. O restante veio entrando depois, muito recentes”.

Chama-nos a atenção a afirmativa de que muitos profissionais não suportam a pressão desse tipo de trabalho. Acabam adoecendo psicologicamente e saem. Parece-nos que, de fato, a situação em que se encontram esses profissionais, trabalhando com uma população reconhecidamente difícil, sem preparo, sem qualificação e, aparentemente, sem apoio da rede e das autoridades de saúde, é bastante predisponente ao adoecimento psíquico. Discutiremos esta questão mais amplamente ao final desta categoria de enunciados.

5.4.1.2 – Subcategoria H - Valorização do profissional pela equipe

P = Você se sente valorizada e respeitada pela equipe?

Locução 1

E = Num primeiro momento [...] quando eu entrei, tiveram um pouco de resistência com a minha pessoa... [...] Mas eu acho que aos poucos, de uns tempos para cá eu já tenho sentido uma diferença de tratamento. Estou me sentindo mais acolhida [...].

Locução 2

E = Sim, sinto. Mas hoje eu sinto isto como uma conquista ao longo do tempo. No início não.

Locução 3

E = Muito. Desde que eu entrei, sim.

Locução 4

E = Isso não existe aqui na prefeitura.

Locução 5

E = Me sinto. Eu acho que as minhas opiniões são consideradas.

Locução 6

E = Sim. A gente percebe que tem um respeito muito grande (...).

Locução 7

E = Sim, bastante.

Locução 8

E = Sim, eu me sinto (...).

Locução 9

E = Não o quanto que eu acho que mereço. Não! Sinto que não o quanto a gente merecê. A gente acaba fazendo de tudo e não tem o reconhecimento que deveria (...).

Locução 10

E = Sinto-me, mas no começo foi difícil, porque eles viam que eu vinha aqui brincar com os pacientes. Não viam como coisa terapêutica. Era para os pacientes passar o tempo [...]. Como eu disse, muitos deles não brincaram na infância, não jogaram uma amarelinha... E isso faz parte da coordenação motora. Então eu tinha que pegar coisas lá de trás e vir trazendo... E eles viam isso como brincadeira (risos). Hoje eles vêm, conversam sobre os benefícios do trabalho... Eu sinto uma melhor retribuição. Sinto-me valorizada.

Percebemos que praticamente todos os profissionais se sentem valorizados e respeitados pela equipe. Somente dois deles entendem que não o são. Uma das respostas é bastante contundente, extrapola os limites da equipe interna do CAPS para abranger a prefeitura como um todo:

“Isto (valorização e respeito) não existe na prefeitura”.

O outro acha que não recebe a valorização e o respeito que merece. Acreditamos que a valorização e o respeito que a maioria percebe, juntamente com o aspecto de “união na adversidade” manifestada por vários participantes, funcionam, de certo modo, como fatores de proteção da saúde mental desses trabalhadores.

5.4.1.3. Subcategoria I - Circulação de informações e conhecimentos na equipe

P = Comente sobre a circulação de conhecimentos, dos diversos saberes entre os membros da equipe, o aporte que cada profissional pode fazer do seu saber, como é que você vê?

Locução 1

E = Embora existam diferentes opiniões, que às vezes falam, falam e não se chega a lugar nenhum. Mas eu acho isso importante, cada um ter uma visão, porque aí a gente consegue um bom resultado [...].

Locução 2

E = [...] Eu acho que o sistema em si é muito rico, de profissionais de diferentes áreas terem um espaço para discutirem o mesmo paciente, o mesmo sistema, de visões diferentes. Isso é riquíssimo e isso nós temos desde o início, reuniões semanais nas unidades, reuniões mensais entre todas as unidades, então isso eu acho muito rico, porém não é fácil de fazer, muito pelo contrário, é muito difícil fazer com que as pessoas caminhem pro mesmo alvo. O

relacionamento entre os profissionais é muito bom. Principalmente como nós estamos de um ano pra cá. Uma equipe que se encaixou muito bem e consegue seguir para o mesmo caminho.

Locução 3

E = Eu vejo como um funcionamento, como necessário mesmo. Aquele braço direito. Acho que funciona... A estrutura aqui funciona por causa do jeito que está estruturada. Acho que falta muita melhoria, mas a gente vê que funciona [...].

P = Você participa das reuniões do grupo?

E = Não dá tempo. Não dá pra participar. Mas aí é aquilo que eu estou vendo que funciona não é? E as atividades aqui dentro. Tem atividades pra fortalecimento de memória, atividades artesanais, tudo isto, para tirar do meio lá de fora pra não voltar ao álcool e às drogas.

Locução 4

E = [...] O pessoal até que está buscando conhecimento, tem gente fazendo pós, fazendo cursos paralelos, lendo livros referenciais, pra se atualizar com as drogas novas e tal. Existe um pessoal que tão buscando isso, mais do que antes. Então se essas pessoas buscam conhecimento e se preparam, pode ser que eles consigam se identificar mais [...].

Locução 5

E = Eu vejo que tem bastante troca. A gente procura trocar artigos por e-mail, às vezes a gente descobre alguma coisa a gente traz pro outro ler... Às vezes alguma dúvida a respeito de medição a gente pergunta pro colega... Se ele tem uma dúvida na parte de psicologia ele fala com a gente a gente da nossa opinião... A gente troca e tem respeito.

P = Nos estudos de caso isso acontece? Cada um aportando o seu saber?

E = Então, quando começa a ficar uma situação mais grave, temos, depois da reunião de equipe um tempo para discutir sobre alguns casos e acaba tendo sim uma troca.

P = Mas só nessas circunstancias, quando há algum problema mais serio, específico? Não é uma rotina a troca de informações, saberes?

E = É... Às vezes acontece informalmente assim, a gente acaba de atender uma pessoa e eu passo: aconteceu isso, isso e isso, e aí o que eu faço? O que você acha? O que a gente pode fazer?... Acaba havendo informalmente, assim.

P = Vou ser um pouco mais específico no que desejo saber. Existe uma preocupação de estabelecer condições pra que haja troca de saberes?

E = Existe. Acho que existe.

Locução 6

E = Como a gente tem uma reunião semanal, então a gente tem uma boa troca de informação [...]. Mas a gente precisa ter um horário reservado para estudar os casos juntos. [...]. A

reunião semanal é importante, só que se ocupa muito tempo dela com a parte burocrática. Em alguns momentos a gente consegue discutir sobre um caso ou outro [...].

Locução 7

E = Sim. Principalmente os casos que a referência solicita. (Referência é a pessoa que acolheu o paciente e fez o primeiro atendimento). A circulação do conhecimento. Acho que todos que tomam conhecimento de uma coisa a mais, trazem para a equipe. Mesmo assim, uma assistente social ou a psicóloga trata um assunto comigo, depois isso acaba indo pra reunião de equipe e é conversado com o pessoal. O pessoal é muito interessado em cursos, em capacitações, porém há limitação financeira, não é?

Locução 8

E = Não, eu percebo assim... Uma equipe angustiada... Quando a gente começa a comentar de algum caso, de algum paciente, geralmente é porque o paciente está quebrando alguma regra, ou não está aderindo direito ao tratamento que a gente espera, ou a pessoa está muito bem. Quando ele está bem é um comentário, uma coisa mais rápida, agora quando ele está mal exige decisão, exige uma conduta, então a gente leva isso para todo mundo. Como as pessoas recebem? A equipe, de certa forma, recebe bem, procura dar sugestões, existe uma preocupação em resolver. [...] Tudo isso a gente pega e lê. Só que não tem um conteúdo mais profundo disso, sabe? A impressão que eu tenho é que a gente trabalha no achismo. Vamos tentar isso. Aí tenta. Deu certo, ô funciona!

Locução 9

E = Olha, só quando a gente acaba tendo algum problema que você não consegue resolver... Pra sentar assim e conversar mesmo pra fazer trocas a gente não tem. [...] A parte de troca da gente se sentar, conversar, avaliação conjunta não tem. Troca de conhecimentos não tem.

Locução 10

E = Então, sempre que tem um curso destinado a álcool e drogas, sempre um comunica ao outro, perguntando se quer fazer ou não. Quando alguém vai a um curso, achou alguma coisa legal, passa durante a reunião pra gente. Agora estão querendo formar um grupo de estudos também, pegar uns temas, então o que eles sabem acaba se reunindo, algumas coisas são colocadas em reunião.

P = Vocês têm reuniões específicas de trocas de conhecimentos sobre os pacientes, sobre o trabalho que cada um realiza?

E = Então, a gente faz durante um horário na reunião. Daí a gente conversa sobre o paciente.

Parece-nos claro, a julgar pelas colocações dos profissionais, que a troca de conhecimentos entre os membros da equipe é algo que não acontece com muita facilidade.

Embora a multidisciplinaridade venha sendo apontada como uma possibilidade de superação do modelo de atendimento especializado, fragmentado em saberes compartimentalizados, na busca de um outro modelo pautado numa concepção mais integrada do ser humano, não é possível ignorar as dificuldades e resistências à sua implantação. Pois não se trata de apenas juntar, num mesmo espaço, profissionais de várias áreas para atender a uma determinada população. Faz-se necessária uma integração transversal, na qual os diversos saberes e seus portadores sejam igualmente valorizados e respeitados, o que tende a se realizar quando se obtém uma comunicação plena entre todos os participantes de todos os níveis (SILVA, 2001).

Segundo podemos depreender das falas acima, na verdade, os profissionais estão reunidos numa mesma instituição, mas não alcançaram o nível de integração necessário para funcionar como uma verdadeira equipe multidisciplinar. São vários os motivos que para isso influenciavam. Mas, a nosso ver, os mais importantes são a falta de conhecimentos específicos da área de atendimento de saúde a dependentes químicos e a ausência de reuniões específicas para a discussão de casos.

Parece-nos também evidente o desconhecimento, por parte da maioria, do paradigma da interdisciplinaridade. Este é definido por Japiassu (1976) como a modalidade de trabalho coletivo mais avançada, que pressupõe a coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas, num novo sistema, gerando uma visão mais holística dos fatos e fenômenos. Ora, para se alcançar este nível de integração, faz-se necessário que cada profissional tenha domínio dos conhecimentos específicos de sua área; das políticas e programas de atenção a saúde dos dependentes de substâncias; das normas de funcionamento dos CAPS e do paradigma da interdisciplinaridade.

5.4.1.4. Subcategoria J - Nível de conscientização dos profissionais a respeito das suas funções

P = Gostaria que você expressasse a sua opinião sobre o nível de conscientização dos profissionais a respeito das funções que lhes cabe desempenhar aqui no CAPS.

Locução 1

E = Eu acho que estão conscientes sim. O pessoal está sempre estudando, pesquisando, sabe? Sempre trazendo informação mesmo. Às vezes o profissional fica meio cansado, desmotivado: “Ah, hoje o paciente teve de ser internada, tava indo tão bem...” Eu acho que às vezes a equipe sofre... Sofre muito junto com o paciente. Percebo.

Locução 2

E = Eu acho que conscientes eles estão, do que o CAPS precisa trabalhar. Porém, a gente acaba, como eu falei, virando casa e se esquecendo do tratamento, do sistema como é pra funcionar.

Locução 3

E = Acho que dos técnicos são conscientes. Eu percebo profissionais preocupados em fazer realmente o trabalho daquela especialidade deles. Não sabe corre atrás, checa. E acho que sim. As pessoas que dão suporte são poucas. Não têm essa visão e acaba complicando o processo.

Locução 4

E = Olha, eu acho que às vezes confundem um pouco [...].

Locução 5

E = Acredito que o pessoal está consciente, sim. [...] Eles procuram ter uma responsabilidade muito grande, porque se um falhar vai atingir o outro, não é? E aí a engrenagem não funciona.

Locução 6

E = Eu creio que estão conscientes.

Locução 7

E = Não acho que estejam conscientes, porque todo mundo que vem trabalhar aqui, se você questionar, eles não gostam deste tipo do trabalho. Eles podem gostar do lado que não tem muita cobrança em cima deles. Mas eles não gostam do perfil do paciente. Senão o paciente não estava sendo tratado do jeito que ele está sendo tratado. Ele entra e se você deixa solto, vira um centro de convivência. E eu não acho que isto seja um centro de convivência.

P = Então você acha que está funcionando mais como um centro de convivência do que como um centro de recuperação?

E = É isso.

Locução 8

E = [...] É aquilo que eu falei: Primeiro o paciente passa pelo acolhimento, depois pelo psicólogo até chegar ao atendimento médico. Então a gente vê que o paciente está orientado [...] o alicerce é feito antes de chegar para o médico. Então é esse lado que eu vejo que está funcionando sim. Além das integrações e das reuniões que tem aqui...

Locução 9

E = De um lado eu falo que não estão conscientes. Do lado de nós não sabemos exatamente quais são as nossas funções dentro do serviço [...] a gente não sabe exatamente. [...]. Nós temos todo um processo, a parte escrita que vem do Ministério da Saúde, e isso e aquilo,

que nós temos acesso, porém, muita coisa na prática é diferente, é muito diferente. Então eu acho que cada um tem buscado conhecer a sua função e adaptar a sua função à dependência química. É mais ou menos isso que eu faço e que eu vejo que as outras pessoas fazem [...].

Locução 10

E = Olha, eu acho que... Não posso afirmar nada... [...] mas eu acho que as pessoas precisavam expandir mais... Em novas formas de atendimento. Eu falo atendimento, mas não é só atendimento de centro psicológico [...]. Trabalhar coisas novas, de prevenção... Acho que a prevenção hoje é muito mais importante do que deixar pra tratar depois [...].

P = VC acha que o pessoal está consciente?

P10 = Consciente sim. Não sei se totalmente interessado, mas consciente sim [...].

Vemos que seis participantes afirmaram que é bom o nível de conscientização dos membros da equipe a respeito de que se espera de suas funções. Dois acham que não estão conscientes, um acha que estão conscientes, mas talvez não tanto interessados, e outra resposta é indefinida.

Aqui temos mais uma questão muito importante a analisar. Quando falamos em conscientização, sabemos a complexidade que esse conceito envolve. O indivíduo pode acreditar que está bem consciente, mas não se pode desconhecer que essa crença está condicionada ao nível de conhecimento que ele tem da questão em pauta. A partir dos enunciados acima e de todas as conversações mantidas com os profissionais ao longo deste estudo, ficamos com a impressão de que, em função do pouco conhecimento, a avaliação de conscientização fica um tanto comprometida.

Gostaríamos de destacar a impressão de dois participantes de que, na verdade, o CAPS está funcionando mais como centro de convivência do que como aparato de atenção à saúde mental. São assim as suas falas:

“Porém, a gente acaba, como eu falei, virando casa e se esquecendo do tratamento, do sistema como é para funcionar”.

“Ele (o paciente) entra e se você deixar solto, vira um centro de convivência. E eu não acho que isto seja um centro de convivência. P = Então você acha que está funcionando mais como um centro de convivência do que como um centro de recuperação? E = É isto.”

Penso que, se essas percepções correspondem, de fato, à realidade, o CAPS em estudo está desviado de suas finalidades. A nós nos parece que esta instituição, pelas suas características de funcionamento, não se encontra muito sintonizada com a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, conforme a proposta do Ministério da Saúde.

5.4.1.5. Subcategoria K - Pressões no trabalho

P = Você enfrenta algum tipo de pressão no seu trabalho?

Locução 1

E = Não. Teve isso de quando eu cheguei, me sentir um pouco acuada, mas não acho que eu me sinto pressionada. Durante as minhas atividades eu acho que não. Durante os meus grupos, os meus atendimentos, eu sou muito confiante no que eu faço. Agora quanto a trabalho em equipe, as outras pessoas, eu não posso afirmar.

Locução 2

E = Não. Já enfrentei. Particularmente, sinto falta. Quando nós tínhamos aqui, no princípio, uma certa pressão [...] para termos uma frequência grande dentro do CAPS, para termos um número grande de atendimento no CAPS... Tinha uma cobrança e a cobrança faz a gente se mexer. De uns dois anos pra cá, ou menos, isso se perdeu. Ou tiveram algumas modificações estruturais de onde vem dinheiro, como vem... E eu acho que isso se perdeu. E eu senti que grande parte do que aconteceu depois, até uma certa diminuição do número de pacientes, eu acho que veio um pouco desse relaxamento interno. Hoje não temos muita cobrança, muita pressão. Posso falar que não temos cobrança nenhuma, se não for a própria. A equipe do CAPS-ad de hoje é uma equipe que se cobra muito internamente, pelas características dos profissionais que estão aqui nesse momento. Mas não temos uma cobrança de Secretaria, não temos uma cobrança de Prefeitura, não temos cobrança em geral... Hoje não. Sinto até um descaso relacionado à saúde mental, posso lhe dizer, porque eu trabalho no outro CAPS também.

Locução 3

E = Não, pressão nenhuma.

Locução 4

E = [...] Pressão sempre tem. Pressão de gente que faz coisa errada. Aquilo certo que você está fazendo, a pressão vem e faz você se desviar daquilo. Se aquilo é um regulamento, você tem que ficar lutando pra sair do regulamento [...].

Locução 5

E = A pressão que a gente tem é que muitas vezes você precisa de um médico em algumas situações e você não tem. Você vai à agenda e só tem consulta pra agosto (Obs.: estamos no início de Julho) e às vezes é um caso que você precisa naquele momento e não tem. E você se sente um pouco angustiada, Porque é uma coisa... A gente não tem psiquiatra... Então as vezes você precisa de apoio dos clínicos... Acho que dão bem conta do atendimento. Mas em alguns casos que você precisa de uma avaliação... [...] É mais nesse sentido, pressão em termos da qualidade do nosso atendimento, mas não que alguém exija produtividade... Não tem cobrança.

Locução 6

E = Eu não me sinto pressionada. Eu acho que os momentos que eu não concordo eu sempre me coloquei e sempre fui respeitada. Não que tudo tenha sido aceito, mas sempre teve respeito. Então eu não me sinto pressionada.

Locução 7

E = A pressão que eu sinto é de não ter como dar o tratamento que o paciente precisa. Ele está querendo e eu não tenho o que proporcionar a ele, me frustra muito. As dificuldades, às vezes, os outros serviços, coordenação, até aqueles que indiretamente fazem com a gente... Tentar... Acho que a palavra é feia, mas, boicotar algumas coisas.

Locução 8

E = Eu acho que a pressão maior que eu sinto aqui é por parte do usuário. No sentido assim. Existe uma pressão muito grande pra resolver aquele problema, porque às vezes resolver o problema não é passar o problema pra frente. Só que aqui a gente nem tem muito isso, porque se a gente não resolver aqui, pra onde a gente vai mandar!... Só se for internar!... Acho que a pressão maior é atender aquela demanda que chega. Então eu fico naquela expectativa de resolver. De fazer PTI e a pessoa conseguir, né?... Por parte da equipe não tem pressão. Da equipe aqui. Acho que existe uma pressão, que acaba sendo um stress, do pessoal de fora. Algumas decisões são tomadas, afetam o andamento do caps. São pessoas que também. São despreparadas, não conhecem a saúde mental direito, não tem uma bagagem, pra poder falar, olha, o barco tem que ir pra cá e vai todo mundo. Acho que mais isto e a falta de recursos. De certa forma pressiona a gente [...]. Em relação aos pacientes [...] se for muito serio a gente tem que contar com a boa vontade do psiquiatra, o único de três que aceita fazer avaliação... Chorar muito pra ele... E aí você corre o risco de ouvir assim: “mas, não precisava ter encaminhado pra cá!”. Ou seja, ainda fala que o seu trabalho foi uma porcaria. Aí, nesse momento eu me sinto desrespeitada enquanto profissional!

Locução 9

E = com pacientes ou com profissionais?

P = De um modo geral.

E = Pressões... Eu acho que aqui eu não posso falar que sou pressionada, nem psicologicamente nem fisicamente. Acho que a maior pressão que a gente tem é a frustração com nós mesmos, eu comigo mesma. Eu não consigo trabalhar da forma que eu gostaria. Pressão, pressão... Não me sinto pressionada.

Locução 10

E = Ah... Eu acho que... Eu percebo que às vezes a gente fica se sentindo um pouquinho sobrecarregada. [...] Mas não me sinto pressionada, não.

Uma das questões mais relevantes, quando se trata da saúde mental do trabalhador é a percepção que tem ele a respeito das pressões que sofre em seu trabalho e a maneira que lida com elas. Conforme Dejours (1993) a qualidade das soluções que o trabalhador encontrará, dependerá de sua história de vida e da estrutura psíquica que desenvolveu. Para esse autor a normalidade psíquica resultaria do equilíbrio entre as pressões patologizantes do trabalho e as defesas psíquicas do trabalhador. Assim, pode ele entrar num sofrimento patogênico e desenvolver estratégias cognitivas e comportamentais desfavoráveis à sua vida e saúde; ou poderá desenvolver um sofrimento criativo, na qual encontrará favoráveis à sua saúde e à sua vida. Afirma esse autor que o equilíbrio psíquico no trabalho, poucos são os que o conseguem, de modo que o que deveria ser natural e corriqueiro, tornou-se uma exceção.

Examinando as falas dos nossos participantes, percebemos muitos aspectos que corroboram essas afirmativas. Três deles afirmam não sofrer nenhuma pressão em seu trabalho. Penso que caberia aqui indagar até onde não há pressão e até onde as suas defesas não lhes permitem identificá-las. Esta seria a pior situação e os enquadraria no sofrimento patogênico, cujos sintomas evidentes seriam o conformismo e a apatia impotente.

A pressão mais mencionada é a resultante de não ter como dar ao paciente o tratamento que ele necessita naquele momento, como neste exemplo:

“A pressão que a gente tem é que muitas vezes você precisa de um médico [...] e não tem. [...] precisa naquele momento e não tem. E você se sente um pouco angustiada. [...] a gente não tem psiquiatra. [...] É mais nesse sentido, pressão em termos da qualidade do nosso atendimento, mas que alguém exija produtividade, não tem cobrança”.

Outro enunciado que consideramos importante destacar:

“Não. Já enfrentei (pressões). Particularmente sinto falta. Quando nós tínhamos aqui, no princípio, uma certa pressão [...] para termos uma frequência grande dentro do CAPS, para termos um número grande de atendimentos [...]. Tinha uma cobrança e a cobrança faz a gente se mexer. [...] Eu acho que isso se perdeu. E eu senti que grande parte do que aconteceu depois [...] eu acho que veio um pouco de relaxamento interno.

Esta última fala ilustra o fato de que uma certa pressão e cobrança é necessária para que as pessoas se movimentem mais em direção aos objetivos. Mas, é claro que não é suficiente cobrar, faz-se necessário oferecer os recursos necessários para que os objetivos possam ser alcançados. E nos parece que esses recursos não são adequadamente proporcionados e esses profissionais. Haja vista que nem a equipe mínima está completa. A participante do primeiro exemplo se queixa da pressão que representa a ausência de médicos no momento que deles se necessita para um atendimento emergencial. Sem dúvida, é inadmissível que em um centro de

atenção psicossocial não tenha um médico psiquiatra em seus quadros e que só tenha um médico clínico que atende na instituição apenas uma vez por semana, por duas horas. Não vejo como encontrar justificativa para essa situação senão na fala de uma das participantes em outro momento das entrevistas:

“A gente sente que não é um serviço importante do ponto de vista político”.

5.5.1. Categoria IV – Satisfação com as relações de trabalho

5.5.1.1. Subcategoria L - Satisfação no trabalho

P = Gostaria que você falasse a respeito do seu nível de satisfação com o trabalho que realiza aqui no CAPS.

Locução 1

E = Eu não posso ainda quantificar os resultados, mas eu fico feliz com a resposta dos pacientes. Durante cada sessão que é feita eu fico satisfeita com a devolução de cada usuário.

Locução 2

E = Não é como eu gostaria. Eu acho que eu me sinto muito limitada pra trabalhar, nem tanto por espaço físico, mas é o que a gente consegue... Até aonde a gente consegue atingir, aí...

Locução 3

E = É aquilo que eu disse, para mim se entre dez um conseguiu eu fico animado. Então é uma porcentagem que às vezes as pessoas não valorizam, mas é um a menos. Eu estou satisfeito muito assim.

Locução 4

E = [...] O aprendizado que eu tenho e a satisfação que eu tenho de poder ajudar quem não pode pagar um tratamento é muito grande. Então eu faço muito mais por amor, por querer ajudar aqueles que não pagam e aqueles que não são bem atendidos só porque não podem pagar. Então eu faço mais por amor, por satisfação.

Locução 5

E = Tem épocas que a gente fica mais frustrada com as situações. Atualmente eu me sinto satisfeita de trabalhar aqui. Às vezes falta médico, então a gente se sente sobrecarregada. O salário não é muito bom, a gente não é muito valorizada...

Locução 6

E = Vou dizer assim: Eu gosto de trabalhar aqui, mas eu acho que a gente poderia ter um resultado melhor se nós tivéssemos uma supervisão, coisa que a gente sempre solicitou. Eu gosto do trabalho, do ambiente, do contato com os pacientes, de desenvolver o serviço social com eles. Só que eu acredito que falta um pouco mais de apoio. Se tivesse esse apoio eu diria que estaria satisfeita em trabalhar com dependência química no CAPS [...].

Locução 7

E = Bom, satisfação, eu acho que cada pessoa que você pode promover um pouquinho de bem-estar, luz no fim do túnel - porque eu acho que a dependência é um caminho escuro, obscuro, sem perspectiva às vezes -, então cada pessoa que você mostra que ela tem um caminho pra seguir, que vai depender dela... [...]. Qualquer pequena conquista satisfaz a gente, com o trabalho que eu faço, digamos assim.

Locução 8

E = [...] Então, eu gosto. Acho que falta, pra mim também, qualificação. O que eu posso fazer eu tenho tentado fazer. Incomoda-me muito o sistema de um modo geral. Não do CAPS, mas o sistema público, o sistema da saúde mental. Isso não muda. Então, eu fico satisfeita porque a gente acaba tendo muitos pacientes... Têm muitos que não aderem realmente, mas, que você consegue ver que ele saiu daqui pensando que talvez possa ter uma conduta diferente lá fora, acaba sendo gratificante. falta qualificação e o sistema de todo mundo ter uma abordagem que realmente seja amarradinha, pra tentar rever essa questão do tratamento. Mas de forma geral eu me sinto motivada!

Locução 9

E = Não. Eu gosto, não posso falar que não gosto porque eu gosto de trabalhar com dependentes, mas não me satisfaz profissionalmente, porque como eu sou [...], gostaria de trabalhar na minha área. Eu gosto muito de prevenção, orientação, e eu faço aqui e isso me satisfaz, mas eu também gosto muito da parte de por a mão na massa [...]. Então é isso que me frustra, por não ter esse tipo de atendimento aqui [...].

Locução 10

E = [...] Durante os grupos eu percebo que eles não bebem cedo, eles não usam drogas... Eles não vêm assim, eles sabem que não podem vir no grupo estando drogados. E quando a gente está fazendo as aulas eu sempre falo no processo de criação. Então a gente vê que al-

guns conseguem se expressar... Então eu acho muito satisfatório quando você consegue atingir o que espera, mesmo que seja só com alguns... Eu gosto muito do que eu faço.

Apenas dois participantes afirmam claramente que se sentem satisfeitos com o trabalho que realizam. Um participante diz que não está satisfeito. Nas falas dos outros sete encontramos aqueles que se afirmam satisfeitos com o pouco que conseguem; um que afirma trabalhar por amor, mas em quase todos percebemos dubiedade ou contradição, como por exemplo:

“[...] Atualmente eu me sinto satisfeita em trabalhar aqui. Às vezes falta médico, então a gente se sente sobrecarregada. O salário não é bom, a gente não é valorizada”.

“[...] Então, eu gosto. Acho que falta para mim também qualificação. [...] Me incomoda muito o sistema de um modo geral [...] isto não muda. Então eu fico satisfeita porque a gente acaba tendo muitos pacientes... Tem muitos que não aderem realmente, mas [...]”.

Estas pessoas, defensivamente, têm dificuldade de admitir plenamente para si mesmas o verdadeiro grau de insatisfação que experimentam, o que as leva à atitude ambivalente a que nos referimos, na qual admitem e negam simultaneamente. Todas as variáveis por eles mencionadas, que podem ser resumidas como despreparo e desassistência, justificariam um alto nível de insatisfação. É, portanto, possível supor que esses profissionais teriam enormes dificuldades para continuar nessa atividade se reconhecessem, sem disfarces o enorme custo emocional que essa situação lhes impõe.

Um aspecto que para nós fica evidente é a marcada fragmentação nas relações de trabalho vivenciadas por esses profissionais. Não no sentido taylorista, mas de maneira menos palpável e mais complexa. Em virtude de vários fatores, destacadamente a falta de preparo teórico e técnico, as suas atividades não têm integração em três níveis diferentes e complementares. Num deles as ações terapêuticas não têm começo, meio e fim, tanto por falta de planejamento como de consistência teórica e prática, resultando em baixos índices de adesão, afastamentos e interrupções. No outro, as ações de cada profissional não estão internamente ligadas num todo coerente, em demanda de objetivos claros e definidos. E num terceiro, as ações dos diferentes profissionais não estão também interligadas. Atuam sem uma efetiva coordenação das ações, o que não permite os benefícios da complementaridade. Agem por tentativa e erro, meio isoladamente, conforme muitos verbalizaram.

Codo e Graça (2007) consideram que o trabalho fragmentado torna impossível ao trabalhador apropriar-se do sentido do seu trabalho (qual é o seu objetivo) e o seu significado (sua utilidade e valor social) se torna inatingível. Assim sendo o trabalhador não tem qualquer controle sobre o seu trabalho, o que, para esses autores, é um fator de risco para a saúde mental. Essa fragmentação, por nós percebida, não lhes deixa apropriar do sentido do seu trabalho, uma vez que não conseguem visualizar o objetivo de uma atividade realizada em tal condição de precariedade. Assim, o significado do seu trabalho, a sua utilidade e valor social, se tornam inatingíveis. Isto coloca em risco a saúde mental desses trabalhadores, como afirmam Codo e Graça (2007) a respeito de situações semelhantes.

Outra característica, a nosso ver, está também presente na vida profissional desses trabalhadores. Conforme pontua Codo (1993), se o ambiente de trabalho é gratificante, se valoriza o papel e a participação do trabalhador, desenvolve-se um amor ao produto. Mas se o ambiente é de desvalorização e subjugação, desenvolve-se um ódio ao produto. A fala a seguir ilustra o que pretendemos dizer:

[...] porque todo mundo que vem trabalhar aqui, se você questionar, eles não gostam deste tipo de trabalho. Eles podem gostar do lado que não tem muita cobrança em cima deles. Mas eles não gostam do perfil do paciente. Senão, o paciente não estava sendo tratado do jeito que ele está sendo tratado [...].

Não se pode deixar de ressaltar que o “produto” aqui é um ser humano e a sua circunstância, que se apresenta ao serviço para receber atenção e tratamento. Olhando a situação por este prisma, é possível entender o adoecimento psicológico de muitos desses trabalhadores, conforme cita um dos depoentes e a elevada rotatividade verificada na equipe. De tal modo que da equipe inicial do CAPS, que tem apenas 4 anos de existência, apenas dois trabalhadores ali permanecem desde o início das atividades. Ajuda-nos também a entender melhor a afirmativa de outro depoente de que muitos estão ali até que apareça coisa melhor. Se aparecer, vão embora.

5.5.1.2. Subcategoria M - Satisfação com a remuneração

P = Gostaria de saber se você está satisfeita com a remuneração que recebe aqui no CAPS.

Locução 1

E = Eu acho que não condiz com o trabalho que a gente realiza. Não. Não que isso vai interferir no nosso trabalho, mas eu acho que um bom profissional tem que ter uma boa remuneração. [...]. Mas isso não faz que o meu trabalho seja diferente. Eu podia me estudar mais, me dedicar mais...

Locução 2

E = De um modo geral eu acho que a remuneração é... Eu acho que nós temos um salário muito desvalorizado, não é proporcional... O nosso poder de compra foi diminuído em muito. O nosso salário não consegue acompanhar o aumento de tudo que se tem... Que a gente precisa, o salário não consegue acompanhar. Pensando na família, num conforto mínimo, não dá pra você viver só com o salário da prefeitura.

Locução 3

E = Ah, bom, isso aí é uma briga que já tá há muito tempo, a valorização do profissional de saúde em si [...]. Ela está muito baixa. Lógico que tem que ajudar mais pra ser ajudado também. Mas, passa ano, passa ano e vai... Como saúde, educação são os carros-chefe... Mas eu acho que falta um reconhecimento maior, na área de saúde total.

Locução 4

E = [...] Financeiramente, se a gente não tiver outra coisa, não sobrevive. Porque esse salário, se agente parar pra pensar, quem faz turno em empresa tira o que a gente tira ou acaba tirando mais do que a gente. Se fizer hora extra então, o salário dele vai lá em cima e o da gente fica longe disso aí. E depois uma pessoa que faz especializações, e não é só pra botar título porque a gente vai procurar conhecimento mesmo, a condição financeira, não compensa.

Locução 5

E = Não satisfaz. Aqui em M. o salário é bem menor do que em (Cita uma cidade vizinha).

P = É bem menor?

E = É. Lá eles pagam mais para o profissional de saúde trabalhar vinte horas de que o que pagam aqui por 30 horas. [...] E aí é assim, geralmente vem pra cá por que é o ultimo lugar, para onde ninguém quer ir. Vem pra cá porque é o que sobrou. [...] Por ser um serviço que a gente corre risco, você corre risco até de vida mesmo, não é? Paciente vem alcoolizado, drogado... e não tem nenhum tipo de proteção nem de estímulo, incentivo pra nada.

Locução 6

E = Não é satisfatória. Eu acho que está defasada. [...] Está deixando muito a desejar. [...] O salário poderia ser melhor.

Locução 7

E = O salário não é. Eu acho que em relação à região o piso salarial [...] é muito baixo aqui em M. Então, eu acho que a gente merecia muito mais. [...] Então eu acho que a gente é muito mal valorizada, sim em questões financeiras.

Locução 8

E = Não é condizente. Se eu estivesse aqui por dinheiro, eu não estaria fazendo pós-graduação. Eu faço psicoterapia. Eu não faria nada disso. Você imagina como ficaria pior! Aqui a gente banca algumas coisas financeiramente. Coisas simples... Acabou o papel sulfite, vamos lá comprar. Precisa tirar cópia, a gente pega a carteira e vai. A coordenação pediu papel, porque a gente precisa fazer um trabalho sobre rede, foi negado. Chega uma pessoa dez pras cinco, precisando falar, não pode fazer hora extra, como faz? Eu fico. Se não quiser pagar... A remuneração é defasada mesmo.

Locução 9

E = Não está de acordo com as nossas funções. Eu queria muito fazer uma pós-graduação, não é? Mas na verdade a condição financeira não ajuda. [...] É complicado a gente financeiramente proporcionar [...]. Condições pra gente se especializar, claro que a gente gostaria. Mas, infelizmente a prefeitura não proporciona e o dinheiro não dá... Se eu tivesse como ir, eu iria atrás.

Locução 10

E = Eu venho mais aqui porque eu gosto, porque o salário é baixo. Como eu estou fazendo aquilo que eu gosto, eu viria aqui até como voluntária. Então, como eu tenho o meu marido que me ajuda, e eu não preciso me preocupar... Mas se eu fosse sozinha, eu acho que eu teria de parar de fazer o que eu gosto e procurar uma coisa melhor, pra ter um rendimento melhor.

Como se pode ver, nenhum dos entrevistados afirmou estar satisfeito, ou sequer relativamente satisfeito com o salário que recebe. Nesse sentido a insatisfação é geral. Uma depoente chega a comparar a sua condição salarial com a de um operário de fábrica, como segue:

“[...] quem faz turno em empresa tira o que a gente tira ou acaba tirando mais do que a gente. Se fizer hora extra então, o salário dele vai lá em cima e o da gente fica longe disso aí [...]”.

É obvio que em tais circunstâncias o profissional se sente profundamente desvalorizado e desmotivado para executar as suas funções. É certo que o salário não é o único estimulante ao trabalho, e nem é o mais importante, conforme demonstram os estudos organizacionais, porém aqui a situação se faz mais grave porque outros componentes motivadores também não estão presentes.

Outro entrevistado relata que um salário tão baixo não permite ao profissional sequer procurar estudar e se especializar mais:

“Eu queria muito fazer uma pós-graduação, não é? Mas na verdade a condição financeira não ajuda. É complicado a gente, financeiramente proporcionar [...] condições pra gente se especializar, claro que a gente gostaria. Mas infelizmente a prefeitura não proporciona e o dinheiro não dá. Se eu tivesse como ir, eu iria atrás”.

Esta situação é mais uma que fere as normas do Ministério da Saúde para os CAPS. Entre outros cuidados de proteção a saúde do trabalhador em saúde mental, estabelece a II Conferência Nacional de Saúde Mental a garantia de espaço para atualização, intercâmbio, pesquisa e supervisão, com o objetivo de romper com a alienação e a burocratização do trabalho; melhorar as condições de trabalho, possibilitando o exercício ético da profissão; criação de

plano de carreira, cargos e salários com participação dos trabalhadores; garantir remuneração justa, com isonomia salarial por níveis de escolaridade (BRASIL, 1994). Não identificamos Nenhuma dessas condições vigendo no CAPS-ad em estudo.

5.5.1.3. Subcategoria N - Confiança na proposta CAPS-ad

P = Gostaria de saber a sua opinião sobre o CAPS-ad como proposta para lidar com a dependência química, se você acredita que é uma proposta adequada ou não.

Locução 1

E = Eu acredito. Se a gente não acreditar, não é? Eu acho que pode haver uma estrutura melhor, estudos melhores a respeito para poder implantar... Mas eu acredito sim. Eu acredito na proposta. Acho que precisa de aperfeiçoamentos.

Locução 2

E = Eu tenho muitas dúvidas... [...] Em alguns momentos acredito e em outros não. Eu acredito pegando uma linha de pensamento de que na dependência química o paciente tem que aprender a lidar com as questões, com as situações do dia-a-dia, fora do hospital, fora de uma internação. Eu não acredito numa internação como processo que resolva problemas. Ela resolve um problema, como a parte de desintoxicação. E o CAPS eu acho que é uma maneira, é uma idéia muito interessante, porque nós trabalhamos com esses pacientes no mundo deles, no dia-a-dia deles. [...] Porém pelo número de pacientes que a gente consegue atingir e pelo sistema como ele é feito, de nós atingirmos um número muito pequeno, até dos próprios pacientes que aqui estão, tenho muito a sensação de que a maioria vem por um afastamento do trabalho, por outros benefícios, não em busca de tratamento. E de todo o processo que eu te disse, de formação dos profissionais. Dão uma estrutura e a gente trabalha em cima dela. Assim eu não acho que seja uma proposta tão eficaz. Que seja eficaz em relação a uma quantidade significativa.

P = Se eu entendi bem, você acha que a proposta teórica é boa, mas na prática não funciona muito bem?

E = Não funciona. É, é isso aí mesmo. Teoricamente seria um caminho, mas a prática é ruim.

Locução 3

E = Eu acho que antes do CAPS-AD não existia nada a não ser internação. Internação forçada. Muitas vezes, imposta ao paciente por desespero da família. Eu vejo o CAPS à maneira de um aprendizado para o paciente entender mais a doença dele. É algo que veio a somar.

P = Você acredita nesta proposta?

E = Acredito. Senão eu não estaria aqui, não! E tem que acreditar todo dia!

Locução 4

E = Acho. Acho que a proposta do governo é ótima, só que é como eu falei pra você, tem que ter profissionais capacitados, tem que ter profissionais com vontade de fazer e se identificar com essa área. Fazer a capacitação e se doar, porque se a gente contratransferir o que o paciente faz com a gente o tempo todo, a gente não o trata. Tem que ter uma pessoa que esteja capacitada, que se identifique com o tipo de serviço, com o perfil do paciente e que deseje de verdade fazer parte de uma equipe pra poder tratar. O CAPS só funciona se houver uma equipe forte e integrada, não é?

Locução 5

E = Olha, eu acho que foi uma boa alternativa a algumas irregularidades que ocorriam nos hospitais psiquiátricos, mas não sei se a eficácia do tratamento é maior do que antes. Parece que tem havido algumas críticas do sistema CAPS, porque muita gente não sabe o que fazer, não é? Porque acontece das pessoas usarem o status para o tráfico. Então às vezes você fica um pouco sem aparato... Governo mesmo. Então eu acho que é um momento de redefinição mesmo. E se não tiver uma interligação com outras políticas, isoladamente o CAPS não funciona. Eu acho que falta um pouco da rede funcionar com mais... A rede fluir mais... Se houvesse mais troca seria interessante.

P = Na sua percepção o serviço do CAPS está um pouco isolado do resto da estrutura de atenção à saúde?

E = Eu acho que acaba ficando sim, você não consegue devolver uma pessoa para uma UBS e às vezes o trabalho da UBS seria mais... O caps é mais para um tratamento da dependência já instalada e tudo mais. Mas acaba vindo pra cá todo tipo de coisa. Bastou usar maco-nha duas vezes já vem para tratamento no caps porque a rede não comporta. Então você recebe encaminhamento assim: choro fácil, Já vai pro psicólogo, pro psiquiatra. E às vezes a pessoa quer... Se o médico ouvisse o que ela tem pra dizer, às vezes ela não precisaria de um psiquiatra, de um centro especializado... Então eu acho que falta essa interligação com a rede mesmo. De referência e contra-referência mesmo. De ida e vinda, de troca.

Locução 6

E = Eu acredito que é um recurso. Que é o que está tendo. Mas não posso dizer que isto está sendo 100% eficaz. Eu acho que é o que tem...

P = Você acha que é uma boa proposta?

E = Eu acho que falta uma estrutura melhor. Eu acho que é o que tem. Nós que estamos aqui, temos que buscar o melhor [...]. Mas eu acho que ainda falta muito. [...] Por exemplo, um CAPS-ad que fica sem psiquiatra? Cadê a preocupação com o CAPS-ad? Então como é que você pode falar que não dá certo, se você não tem nem a equipe de apoio? [...].

Locução 7

E = A Proposta do CAPS-ad em si é boa, mas não do jeito que está. Por exemplo: eu tenho só um CAPS-ad num município de 150 mil habitantes. Então não dá. Deveria ter quantos CAPS na cidade? Então eu acredito que teria que ter essa visão do trabalho pelo menos nos postos de saúde. Uma abordagem nos CRAS (Centro de Referência em Assistência Social), né? O pessoal do CRAS vem perguntar um monte de coisas pra gente, porque eles também são um pessoal muito leigo nos assuntos e eles estão lidando com uma população vulnerável... Quem vai fazer um curso, uma pintura, uma manicure, uma aula de dança, eles estão na mesma vulnerabilidade. A maioria deles. Então a gente tinha que ter mais essa noção, porque um CAPS-ad e um CAPS na cidade, só vai atender a uma pequena parcela do que deveria ser.

Locução 8

E = Eu acho que ainda tem mais ganhos do que perdas. O que eu vejo como perdas: Aqui é um ponto de drogas. Pessoas que traficam, sabem que o paciente está aqui. Na hora que ele sai, vai lá e oferece, vende. Eu sei que já ligaram pra polícia, mas a pessoa é esperta. Até a polícia chegar ela já foi embora. Tem isso, e eu acho que algumas pessoas não vêm até o CAPS por saber que o pessoal que passa vai ver entrando aqui... Alguns pacientes já verbalizaram, porque é específico. Se a pessoa tá indo lá tem problema, usa álcool ou drogas. O que eu acho que o CAPS tem de ganho: Acho que a proposta é boa. A gente tem um local novo, amplo. Tá preparado pra receber muito mais coisas do que a gente tem. São salas grandes, moveis novos. Tem coisas pra melhorar, tem, mas estrutura a gente tem. Espaço físico a gente tem. Profissionais está faltando... A gente consegue caminhar, mas caminha capenga. A gente até brinca de fazer tratamento. Porque é aquilo, se eu não tenho um diagnostico definido, se eu não sei... Parece que todo tempo a gente tá tentando tapar o sol com a peneira... E a gente vai caminhando, caminhando, tem uma hora que vai esquentar. Eu acho que quando se pensou na proposta caps, a proposta é bonita, mas eu acho que a realidade é diferente. O que precisaria para um CAPS funcionar: A equipe da estruturação do CAPS é boa, mas acho que deveria envolver outras secretarias... Aqui a gente trabalha o pessoal que já está dependente. A gente deveria se expor mais, fazer mais palestras. Tem gente da saúde, da UBS, não sabe direito o que é CAPS. Tem médico que encaminha pessoa com problema de álcool pra psiquiatra ao AME. O AME não tem nem psiquiatra. Deveria ir às escolas... A gente vai pouco. Alguns profissionais de psicologia principalmente, às vezes falam que tem a impressão que vem aqui passar tempo. Não adianta, eles não vão entender. Então o que estou fazendo aqui? Então porque a gente não diminui o grupo e não sai. Vamos às empresas, às escolas. Vamos fazer uma parceria com o PROERD (Programa Educacional de Resistência às Drogas e à Violência, coordenado pela Polícia Militar do Estado de São Paulo) se for o caso. A gente faz o que com adolescentes hoje? Não tem? Quando se pensou no CAPS pensou no adolescente? Qual a maior demanda hoje? Adolescentes!

Locução 9

E = Sim. Mas principalmente no aspecto de reinserção social, eu acho que a gente não faz esse trabalho. Acho que falta. [...] Acho que a gente acaba acolhendo esses pacientes como casa e nos esquecemos de jogá-los depois na sociedade. Trata-lo e inseri-lo de novo na

sociedade. O trabalho CAPS mesmo que seria de inserção social, a gente não faz. Tem um grupo de famílias aqui, porém não funciona. Não por nós é por eles. Acho que a família acaba desistindo do paciente, né? Então eles acabam não vindo. Eles acabam chegando aqui, depositam realmente o paciente aqui e acham que o problema é nosso. Vocês que resolvam! Então eles ligam e falam: ó o fulano tá assim, o que vocês vão fazer? Se acontecer alguma coisa a culpa é suas. E não é nossa, a culpa é do geral. É da família, da sociedade, e nós estamos aqui pra tentar fazer... Então esses grupos de famílias que tem não funcionam por isso. A família acaba abandonando mesmo, a doença.

Locução 10

E = Eu acho que se a família não estiver envolvida juntamente com o tratamento, eu acho que fica muito difícil. O paciente vem aqui, você dá o suporte, você trabalha, aí chega em casa a família: “O que você foi fazer lá?” A família não dá o suporte, a família às vezes fica tentando-o: “você. não vai beber hoje? Olha, a geladeira está cheia de cerveja”, sabe? Então eu acho que você está lutando com o paciente... Ele tá frustrado... Chega em casa tem essa disputa... Eu acredito no trabalho do CAPS, mas eu acho que se a família não estiver junta, interligada, ajudando, eu acho difícil, porque ele fica um período aqui, às vezes passa a manhã e à tarde, mas tem os momentos lá com a família. Tem o final de semana, tem os feriados... Então eu acho que a família tem que estar envolvida junto.

P = Vocês têm algum trabalho específico pra tentar envolver as famílias?

E = Tem um grupo de famílias, mas a gente vê que a participação é difícil. A maioria trabalha. Eu acho que pra família vir teria de ter um horário à noite, mas o CAPS fica aberto até às 5:00 h. A família não vai perder serviço pra vir aqui. Eu acho muito importante sim, viu?

Observamos que a maioria dos participantes fala de CAPS apenas da perspectiva que lhes proporciona a sua experiência neste CAPS em estudo. Isto, de certo modo, confirma a nossa suposição, exposta em outra parte, de que falta, a muitos destes profissionais, conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e das normas que estruturam os serviços que têm a função de materializá-lo.

Apenas dois depoentes afirmaram categoricamente acreditar na proposta CAPS-ad. Todos os demais fizeram observações que, de certo modo, relativizam essa confiança. A tônica dessas observações é que a proposta, na teoria é boa, mas que na prática não funciona muito bem, conforme ilustram estas colocações:

“Eu acho que a proposta do governo é ótima, só que é como eu falei com você, tem que ter profissionais capacitados, tem que ter profissionais com vontade de fazer e se identificar com esta área”.

“[...] É o que está tendo. Mas não posso dizer que isto está sendo 100 % eficaz. Eu acho que é o que tem...”.

“P = Se eu entendi bem você acha que a proposta teórica é boa, mas na prática não funciona muito bem?”

E = Não funciona. É isso aí mesmo. Teoricamente seria um caminho, mas a prática é ruim”.

Outro aspecto bastante destacado pelos profissionais é o de que não é possível o CAPS-AD funcionar bem sem articulação com o restante da rede de saúde mental e de saúde em geral. Conforme segue:

“[...] E se não tiver uma interligação com as outras políticas, isoladamente o CAPS não funciona.”

“A proposta do CAPS-AD em si é boa, mas não do jeito que está. Por exemplo: eu tenho só um CAPS-AD num município de 150 mil habitantes. Deveria ter quantos CAPS na cidade? Então eu acredito que teria que ter essa visão do trabalho, pelo menos nos postos de saúde. Uma abordagem nos CRAS [...].

Na realidade, do modo como foram concebidos, os CAPS e os CAPS-ad, têm de funcionar em plena articulação com toda a rede de saúde e demais programas de assistência, prevenção e promoção de saúde do município. De acordo com as normas do Ministério da Saúde, para que o CAPS-ad possa cumprir as suas múltiplas atribuições, a sua atuação não deve ser isolada, e sim articulada com os demais dispositivos de saúde mental, rede básica de saúde, estratégias de saúde da família, serviços de assistência social. Serviços jurídicos, etc., bem como com programas de lazer, culturais, esportivos e demais programas públicos de assistência às necessidades da população (BRASIL, 2004 a) e (BRASIL 2004 b).

Uma questão muito delicada e mesmo absurda, nos foi relatada por dois participantes, no contexto das entrevistas. Trata-se da presença de traficantes nas imediações do CAPS-ad, com o objetivo de vender drogas aos pacientes, conforme dão conta as falas a seguir:

“[...] Aqui é um ponto de drogas. Pessoas que traficam, sabem que o paciente está aqui. Na hora que ele sai, vai lá e oferece, vende”.

“[...] Então tem um risco pra gente também. A gente não sabe se vem armado se não vem... tem traficante aqui na porta. É um risco grande que a gente também corre por lidar com esse tipo de doença. P = Tem traficantes aí na porta? E = Tem... a gente sabe até os esquemas, mas como é que a gente vai fazer? Chamar a policia num local de tratamento pra dependência química? Eles vem no começo do mês pra receber e no resto do mês vem pra entregar. Eles não entram aqui dentro, mas ficam aqui nas imediações, aí de fora”.

O primeiro depoente esclarece que já chamaram a polícia, mas quando os policiais chegam, eles disfarçam e vão embora e voltam quando tudo está calmo novamente.

5.5.1.4 Subcategoria O - Perspectiva de futuro no CAPS-ad

P = Em relação ao seu futuro profissional, eu gostaria de saber qual é a sua perspectiva de futuro no CAPS-ad.

Locução 1

E = Não sei... Aprimorar os meus conhecimentos, melhorar... A gente sempre tem novas formas de aplicar o nosso conhecimento. Tenho que melhorar, porque é uma coisa nova para mim. Apesar de já ter trabalhado em alguns casos. Eu sei que tenho muito que explorar ainda o CAPS-ad e eu pretendo.

P = Pretende continuar nesse trabalho?

E = Pretendo. Gosto de desafios.

Locução 2

E = Sinceramente, não pretendo ficar muito tempo mais no CAPS. Eu entrei no CAPS por alguns... Por outros benefícios. Eu prestei concurso para a área da saúde. Nem sabia da existência do CAPS. Quando Eu prestei, o CAPS tinha (X) anos mais ou menos... E a minha linha de estudo é uma linha outra da saúde, que eu gosto. E pretendo voltar à minha área de estudo [...]. Mas, a minha permanência aqui não pretendo que seja longa.

Locução 3

E = A perspectiva é sempre melhorar aquilo que, mesmo estando satisfatório, é sempre possível melhorar. Procurar estudar mais... Fazer especializações mais aprofundadas. No alcoolismo mesmo... A droga em si está dominando, mas muita droga é iniciada antes pelo álcool. Eu acho que é na parte do alcoolismo que eu vou me firmar mais. Lutar mais nessa parte do alcoolismo.

Locução 4

E = Eu não me imagino... Se não me mudarem de setor - porque na prefeitura você não muda de setor pra onde você quer ser transferido, como numa empresa -, [...] eu acho que vou aposentar dentro disto, porque eu amo isto. Não me vejo transferida pra lugar nenhum.

Locução 5

E = Bom, aqui em termos de crescimento, nenhuma. Você não tem nenhuma perspectiva de crescimento financeiro, profissional... Não tem.

P = Não tem plano de carreira?

E = Não.

Locução 6

E = No momento eu penso em continuar aqui.

Locução 7

E = Falando do serviço, não sei se tenho uma expectativa de ficar aqui [...] está muito complicado, então esse momento não faz a gente ter uma visão muito boa das coisas, não [...]. Se eu sair agora, vou me sentir como abandonando um barco que está bem ameaçado. Isto eu não quero, mas pro futuro eu penso em fazer isso.

Locução 8

E = Eu espero que vá melhorar. A qualificação, que me angustia, eu não espero que venha do setor público. Quando eu puder, eu mesma vou fazer, até pra aliviar a minha angustia. Imagino que a tendência é melhorar. E mais gente aqui que pensa da mesma forma. A gente vai se unindo e vai crescendo. A gente tem feito mais palestra, pensando mais em prevenção. Então eu imagino que vai melhorar, que um dia vai ter um psiquiatra aqui... Não perdi a esperança!

Locução 9

E = O meu futuro eu vejo que está acabando! (risos). Porque são tantos anos aqui dentro do CAPS que realmente eu já me decepcionei tanto... Que eu acabei desistindo, sabe? Eu acabei desistindo do meu futuro aqui dentro. Acho que eu já fiz tantas coisas aqui, eu já tentei fazer tantas coisas e a gente não... Não consegue ver... Eu não consigo me ver podendo ajudar eles mais, sabe?

Locução 10

E = Ah... Eu penso de poder formar um grupo com eles... Poder levar pra outras cidades, pra apresentar o trabalho deles, entendeu? Poder fazer outros cursos, me capacitar, trazer coisas diferentes também, desenvolver. Ter uma sala apropriada, nós usamos o refeitório... Uma sala fechada, porque durante as aulas eles estão se expondo, não é? Não pode ser num lugar aberto. Tem que ter todo um cuidado.

As enunciações proferidas sobre o futuro que cada um espera para si dentro do CAPS nos revelam que, apesar de todas as dificuldades apontadas, a maioria dos participantes, seis ao todo, afirma que pretende continuar no serviço, enquanto quatro afirmam não ter expectativa de continuar.

Os argumentos apresentados para permanecer referem-se à esperança de que as coisas vão mudar um dia, como nestas falas:

“A perspectiva é sempre melhorar aquilo que, mesmo estando satisfatório, é sempre possível melhorar. Procurar estudar mais, fazer especializações mais aprofundadas [...]”.

“Eu espero que vá melhorar. A qualificação, que me angustia, eu não espero que venha do setor público. Quando eu puder, eu mesma vou fazer, até para aliviar a minha angústia. Imagino que a tendência é melhorar [...]”.

Por outro lado as justificativas para não permanecer, fundam-se nas decepções e na desesperança de que as coisas possam tomar outra direção:

“Bom, aqui, em termos de crescimento, nenhuma. Você não tem nenhuma perspectiva de crescimento financeiro, profissional... Não tem”.

“O meu futuro eu vejo que está acabando! (risos). [...] eu já me decepcionei tanto... Que acabei desistindo do meu futuro aqui dentro”.

Este outro enunciado toca a questão de estar no CAPS-ad não por desejo de trabalhar com os dependentes químicos, mas por outras razões:

“Sinceramente, não pretendo ficar muito tempo mais no CAPS. Eu entrei no CAPS por alguns... Por benefícios. Eu prestei concurso para a área da saúde. Nem sabia da existência do CAPS [...]”.

A análise do conjunto de enunciações proferidas pelos participantes, sobre os temas propostos, que constituem os objetivos do nosso estudo, deixa claro que nas condições em que estes profissionais trabalham, torna-se muito difícil avaliar se as suas abordagens e técnicas são pertinentes e eficazes. Por falta de formação específica para lidar com dependentes químicos, eles não têm uma base teórica que oriente as suas ações. Em consequência, as técnicas são aleatoriamente empregadas com base em tentativa e erro, como nestes enunciados:

[...] Tudo o que a gente consegue é por dois caminhos: tentativa e erro ou correndo atrás e fazendo pesquisas [...]

[...] A impressão que eu tenho é que a gente trabalha no achismo. Vamos tentar isso. Aí tenta. Deu certo, ô funciona!

Não possuem nenhum sistema de avaliação da evolução dos pacientes e, para opinar a esse respeito, baseiam-se apenas em impressões pessoais. Não confeccionam o Projeto Terapêutico individual conforme as normas do Ministério da Saúde. Embora alguns participantes a ele se refiram, apuramos que, de fato, ele não é feito metodicamente, como necessário. Isto lhes permitiria uma avaliação mais concreta, comparando os resultados alcançados com as expectativas explicitadas no PTI. É necessário ter em mente, ao olharmos para a avaliação de resultados que esses profissionais apresentam, estas características fundamentais que, em maior ou menor, grau influenciam as falas de todos eles, em praticamente todos os quesitos.

Ressalvados estes aspectos, constatamos que apenas dois participantes se referiram à pertinência, afirmando que as abordagens e técnicas são pertinentes; os demais não fizeram alusão a este componente do tema, fixando-se apenas na questão da eficácia. Sobre ela seis se manifestaram afirmativamente, e quatro negativamente. Das seis afirmações positivas, quatro são acompanhadas de ressalvas que as relativizam, enquanto duas são francamente positivas. A formação acadêmica dos profissionais é condizente com as funções que desempenham, todavia falta a todos qualificação para trabalhar com dependência química sendo esta uma reivindicação e uma queixa geral.

A representação que a maioria dos profissionais faz do dependente químico demonstra pouco conhecimento teórico sobre o assunto e os seus enunciados a esse respeito muito se aproxima das narrativas do senso comum.

As relações que se estabelecem entre os profissionais não caracterizam interdisciplinaridade. Constatamos que as atuações ocorrem mais ou menos isoladamente sem interconexão e complementaridade. Sobre este ponto, percebemos que falta à equipe conhecimento mais consistente do paradigma da interdisciplinaridade.

Em consonância com os depoimentos e com as condições acima descritas, consideramos os resultados obtidos no tratamento dos dependentes como bastante insatisfatórios.

Nas falas dos participantes sobre o seu grau de satisfação com os resultados alcançados percebemos muita insegurança, dubiedade e contradição, que terminam por revelar um grau significativo de insatisfação na maioria dos entrevistados.

Sobre a confiança no CAPS-ad como proposta adequada para cuidar da complexa questão da dependência química, a maioria tem dúvidas a esse respeito, embora praticamente todos se pronunciem tendo como base a sua experiência nesse CAPS específico e não na proposta como estruturada pelo Ministério da Saúde e também com referência a outras unidades congêneres.

6. Considerações Finais

Este estudo, que nos colocou em contato com a realidade dos trabalhadores em saúde mental vinculados ao CAPS-ad, revelou-nos uma situação de trabalho que nos surpreendeu pelas suas características de precariedade e despreparo.

O modo como os profissionais são designados para trabalhar no CAPS já configura um sério problema. Como vimos, não são escolhidos pela vocação ou pelo desejo de trabalhar em saúde mental e, especificamente, com dependência química. São “literalmente jogados no CAPS”, sem consulta à sua vontade e, pior, sem nenhum tipo de preparação, por leve que seja, para ingressar no serviço. Posteriormente também não recebem nenhum tipo de qualificação fornecido pela Secretaria de Saúde.

A ausência de supervisão é outro aspecto importante. Sem qualificação e sem espaço para dialogar com profissionais mais experientes, fica difícil ao profissional aprimorar a sua prática e melhorar o nível da sua atuação. O espaço da supervisão seria também o local onde o profissional poderia externar as suas dúvidas, inseguranças e angústias, com a possibilidade de diluí-las e reduzi-las a níveis mais suportáveis. Esta medida funcionaria também como proteção à saúde mental destes trabalhadores.

Outra situação que merece ser mencionada é a presença de traficantes nas imediações do CAPS, com o objetivo de vender drogas aos pacientes. Sabe-se que onde há mercado, aí se farão presentes as pessoas dispostas a oferecer o seu produto. Nisto não há surpresa. Surpreendente é que nenhuma providência efetiva seja tomada pelas autoridades para sanar a situação que, além de incompatível com os esforços em prol dos usuários, coloca em risco a integridade dos trabalhadores.

No tocante à estrutura material, causou-nos espanto a inexistência de biblioteca e de conexão com a internet. Recursos estes obviamente indispensáveis como facilitadores de acesso às informações e conhecimentos necessários à execução das funções. Ficamos também impressionados com o fato apontado de que, muitas vezes, os trabalhadores têm de arcar com pequenas despesas como xérox e papel sulfite por não serem adequadamente supridos pela Secretaria de Saúde.

Outro aspecto relevante é que, mesmo sendo evidente que uma tarefa de tal monta, como a atribuída aos CAPS-ad, não poderá, de forma alguma, ser realizada sem uma articulação com toda a rede de assistência às múltiplas necessidades dos cidadãos, não foi relatado qualquer esforço por parte das autoridades, qualquer programa ou projeto que objetive essa integração. Diante disso o CAPS-ad funciona como uma ilha, isolada em suas angústias, sendo alvo de preconceitos, e tendo de aguardar a boa vontade das demais unidades da rede para ver atendidas as suas demandas e necessidades.

Estes fatos, põem às claras, e auxiliam-nos a perceber o grau de importância que tem, para as autoridades de saúde do município, o dispositivo CAPS-ad.

Em relação às ações terapêuticas, várias enunciações proferidas durante as entrevistas, corroboraram e fortaleceram a nossa impressão de que a prática cotidiana neste dispositivo, revela características do anterior modelo de assistência à saúde mental, como observamos, por exemplo, na seguinte colocação:

“Os pacientes do caps II estão institucionalizados. Eles entram numa van de manhã, vão lá e fazem as atividades deles, almoçam e vão embora pra casa. Todo dia é isso! Isso é inserção social? É preciso pensar um pouquinho o que é a função CAPS-AD, não é? Centro de atenção psicossocial. Objetivo: tratamento e reinserção social do sujeito. A gente está fazendo o papel de verdade? Quanto tipo de atendimento você faz? se é necessário ou não, você faz. Porém será que seria este mesmo o nosso papel? Eu questiono um monte de coisas!”

Esta participante começa dizendo que os pacientes do CAPS II estão institucionalizados, e termina falando do seu próprio CAPS de uma maneira que, a nosso ver, deixa transparecer a sua percepção de que nele também os pacientes estão institucionalizados. Consideramos este aspecto de magna importância para entendermos melhor o que se passa nesta unidade. Parece-nos que, dentro de uma estrutura nova, vige uma velha forma de lidar com a “loucura”, neste caso específico a “loucura” da dependência química.

É evidente que, para se desinstitucionalizar os dependentes de substâncias, não é suficiente atendê-los em um espaço não hospitalar. É necessário, acima de tudo, colocar em prática

uma nova maneira de lidar com essa população, que esteja de acordo com o espírito da Reforma Psiquiátrica, traduzido nos diversos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde.

Neste passo, esbarramos numa série de questões que dificultam implementar esta nova práxis e, a maior de todas elas é a necessária mudança de mentalidade dos agentes, de todos os níveis, envolvidos na atenção à saúde mental, precipuamente à dependência química. É indispensável a transformação dos nossos “*manicômios mentais*”, na feliz expressão de Pelbart (1.991). Para atingir esse desiderato, faz-se necessário problematizar, aprofundar sempre mais a reflexão, inclusive incorporando criticamente as contribuições de outros estudiosos que se debruçaram sobre os mesmos temas, até “desnaturalizar” o que parece natural. Trata-se de sacudir os hábitos e dissipar as familiaridades até que surjam novas compreensões do que nos parecia verdade imutável, essencial (Foucault, 1978). Das novas compreensões a novas práticas, num processo espiralado de crescimento e libertação das velhas concepções.

Analisando a rotina de funcionamento deste CAPS, conforme aparece nos enunciados dos profissionais; a forma como ele está inserido - ou não inserido – na rede; as relações entre o dispositivo e as autoridades municipais de saúde, não identificamos qualquer movimento no sentido de debater idéias, renovar concepções e modificar estruturas. Não foi mencionado nenhum programa ou projeto que tivesse como objetivo integrar as diversas pessoas, unidades e serviços em torno de um movimento unificado de atenção aos drogadependentes e de prevenção ao uso de drogas, conforme preceituam as normas e instruções do Ministério da Saúde

Examinando as narrativas fica-nos, a impressão de que tanto os usuários quanto os profissionais estão institucionalizados, de uma outra maneira, no sentido de estarem presos velhas e inócuas fórmulas de pensar agir e interagir. Os profissionais estão institucionalizados porque, na nossa percepção, desempenham um papel complementar ao dos usuários. Tomo como exemplo desta afirmativa a seguinte locução:

“[...] eu os vejo como crianças. O tempo inteiro parece que eles querem atenção, querem carinho, querem que alguém resolva pra eles o que está difícil, não é? Por isso que eu acho que esse pessoal que vem aqui no caps, muitos deles falam, a gente encontrou a família aqui. As mães estão lá esperando. Porque a gente dá puxão de orelha, a gente faz na verdade muitas vezes o papel de mãe. “Você não tomou banho??? Vai tomar banho! Amanhã você não vem sem tomar banho! Não cortou a unha! Que unha suja, não sei o quê! Vai tirar o sapato! Tomar remédio!”. É muito interessante. Então eu acho que de certa forma é isso, a dificuldade que eles tem de lidar com frustração, não ter que assumir um papel... Eternamente os filhos, as crianças”.

E, ao que parece, os profissionais aceitam os papéis que lhes são atribuídos e passam a atuar numa espécie de folie à deux, ou melhor, folie du groupe. Pensamos que seria correto dizer que, se muitos usuários vão ali para não ser tratados, como expressaram vários depoentes, mas para encontrar mães e agir como crianças, muitos profissionais estão ali para não tratar e acolhê-los como a filhos. Pensamos que muito da apatia e do conformismo impotente, que ressalta de diversos enunciados, têm estreita relação com essa dinâmica de identificações e contraidentificações projetivas maciças que estão em jogo no ambiente do CAPS. O enunciado a seguir, concorda com a nossa percepção:

*“E = Acho. Acho que a proposta do governo é ótima, só que é como eu falei pra você, tem que ter profissionais capacitados, tem que ter profissionais com vontade de fazer e se identificar com essa área. Fazer a capacitação e se doar, **porque se a gente contrattransferir o que o paciente faz com a gente o tempo todo, a gente não o trata.** Tem que ter uma pessoa que esteja capacitada, que se identifique com p tipo do serviço, com o perfil do paciente e que deseje de verdade fazer parte de uma equipe pra poder tratar. O CAPS só funciona se houver uma equipe forte e integrada, não é?” (Grifo nosso).*

Esta depoente expressa a noção de que é necessário ao profissional conhecer os comportamentos, a psicodinâmica daquele sujeito que está à sua frente para que se possa interagir com ele de uma forma criativa e terapêutica e não meramente reprodutiva das dinâmicas disfuncionais que fazem parte do funcionamento da sua personalidade.

Nestas condições, não seria exagero afirmar, com ligeiras modificações, a propósito desta unidade e de outras que funcionam de modo semelhante, o que se dizia no Segundo Reinado a respeito da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro: “não cura ou loucos, não produz conhecimento sobre a loucura, serve apenas de prisão aos alienados” (PEREIRA, 2004). Para ficar conforme ao que os profissionais afirmaram, modificaríamos a parte final para: “serve apenas de centro de convivência para aos usuários de substâncias”.

Por outro lado, entendemos que mecanismos psíquicos semelhantes ocorrem também nas relações entre os profissionais e as autoridades de saúde. Pelo que podemos constatar, a partir das narrativas, elas não valorizam o CAPS e seus profissionais e, por outro lado, os profissionais se identificam com essa desvalorização e se sentem dominados por sentimentos de incapacidade e impotência. Todos esses processos caracterizam um modo de institucionalização, que necessita ser revertido, levando-se em conta que “a desinstitucionalização inscreve-se no plano dos processos de subjetivação, nos quais devemos abrir espaços para a problematização e análise das diferentes formas de implicação das pessoas com a loucura” (PAULON, 2002, p. 5).

Pensamos também com este autor que “desinstitucionalizar é colocar em questão a noção da loucura como impossibilidade de pensamento, assim como as práticas e formas de relação que com ela estabelecemos”. (2002, p.4). Consideramos que a não elaboração de um PTI, que deve ser continuamente reelaborado, com a participação paritária do usuário e seus familiares, conforme as normas vigentes para os CAPS, é uma maneira de não dar voz ao usuário e, indiretamente, considerá-lo sem capacidade para pensar. Ou ainda, que a única narrativa válida, digna de crédito é a de quem tem a incumbência de cuidar. Desse modo, o usuário é “encaixado” em atividades institucionalmente definidas, com pouca ou nenhuma possibilidade de escolha. Isto revela uma forma de relacionamento veladamente autoritária que, de certo modo, reproduz as relações de poder do antigo modelo.

É pertinente lembrar aqui que a característica principal das velhas instituições psiquiátricas encontra-se na divisão entre os que detêm o poder e os que dele estão destituídos (BASÁGLIA; GALLO, 1990). Assim pensando, é legítimo dizer que um processo de desinstituci-

onalização envolve, necessariamente, uma transformação nas relações de poder vigentes entre usuários, corpo técnico e gestores de todos os níveis (NARDI; RAMMINGER, 2007).

Em relação à estrutura da equipe, a maior surpresa decorreu do fato de não haver um médico psiquiatra na equipe. Todo atendimento médico é feito por um clínico que atende no serviço uma vez por semana, durante quatro horas. As consequências disto são que os pacientes são admitidos sem um exame psiquiátrico e até mesmo sem um exame clínico. Desse modo, não são detectadas as possíveis comorbidades com o abuso de substâncias ou condições clínicas que necessitem de atendimento imediato e que podem até mesmo colocar em risco a vida do paciente.

A equipe não coloca em prática um trabalho de elaboração formal de um PTI, mas se o desejasse fazer, teria muitas dificuldades por falta da contribuição da visão clínica e psiquiátrica, a nosso ver indispensáveis. Parece-nos que a idéia subjacente a esta realidade é a de que um dependente químico é um dependente químico e nada mais. Ficariam assim os usuários sendo tratados pelo rótulo, de uma maneira padrão, sem se levar em conta as peculiaridades de cada caso.

Estas observações trazem para o centro das nossas considerações a questão da subjetividade, tanto de trabalhadores quanto de usuários, como entrevimos acima. É necessário indagar quem são esses sujeitos que demandam os serviços do CAPS-AD. E na sequência será necessário ter ouvidos qualificados, bem treinados para uma escuta de profundidade, que vá além do jogo das aparências.

De nossa parte, apenas podemos falar do sujeito que aparece nas representações dos profissionais. Um ser vitimado pelas condições sociais, econômicas e familiares; doente, sem que a sua doença seja definida e compreendida; crianças carentes em busca de um colo materno e de noções básicas de disciplina. Ou ainda, na percepção de alguns deles, alguém que não quer de fato se tratar, mas que está em busca de alguma vantagem pessoal. Penso que seria incabível procurar estabelecer qual destas representações, ou outras possíveis que não foram mencionadas, seria a mais adequada. O que podemos e devemos afirmar é que elas precisam ser problematizadas, questionadas à luz de outros conhecimentos e outros saberes, para que não se permaneça apenas no senso comum.

Creemos também necessário indagar que sujeito é este, o profissional do CAPS-ad em estudo. Pensando com Foucault (1978) que o sujeito não pode ser definido como uma essência a priori, mas deve ser procurado e compreendido na dialética de produzir e ser produzido pelo seu trabalho, no contexto das condições histórico-culturais que condicionam a sua existência, apreendemos um pouco destes sujeitos analisando a sua experiência profissional. E ao olhar para as narrativas que os definem em face do seu trabalho, percebemos pessoas angustiadas, premidas por forças assustadoras, diante das quais parecem não dispor de meios adequados de enfrentamento. De um lado as demandas complexas dos dependentes químicos que os procuram; do outro, gestores que, a julgar pelos enunciados dos profissionais e pelas condições do dispositivo, atuam de modo displicente e não demonstram interesse genuíno pela questão álcool e drogas. E no centro esses trabalhadores sem preparo específico e sem apoio, de cujo discurso ressalta uma enorme sensação de despreço e desamparo e, em alguns, também de desesperança.

Anima-nos, ao final, perceber que a maior parte desses profissionais, a braços com tantas carências e dificuldades, ainda afirmam o seu desejo de continuar lutando para vencer as

adversidades e poder prestar um serviço de melhor qualidade à grande população de usuários abusadores e dependentes de substâncias.

Referências

- ALVES, V. S. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS ad)**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009.
- AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na reforma psiquiátrica do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/agosto, 2001.
- ARAÚJO, *et al.* Estudo das representações sociais da maconha entre agentes comunitários de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 11, n. 3, julho/setembro, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php>. Acesso em 14/10/2011.
- ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. História das drogas. In: SILVEIRA, D. X. D.; MOREIRA, F. G. (Org.). **Panorama atual das drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu Editora, 2009. p. 9-14. cap. 2.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo** Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BASAGLIA, F.; GALLIO, G. Vocação terapêutica e luta de classes. In: DELGADO, J. A (org.) **Loucura na Sala de Jantar**. São Paulo: Resenha, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. II Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório final, Cap. 10, **Direitos trabalhistas**. Brasília, 1994. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 25 nov. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 106/MS de 11 fev. 2000**. Brasília, 2000. <Disponível em http://www.portalsaude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_106_2000.pdf>. Acesso em 21/03/2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório final, Cap. II, **Recursos humanos**. Brasília, 2001. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em 21 nov. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Estabelece as modalidades de serviços nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), definidas por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/portarias/2002>>. Acesso em: 21 out. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/portarias/2003>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial.** Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/portarias/2004>>. Acesso em: 21 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD). Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas (CEBRID). **II Levantamento domiciliar sobre uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil,** 2005. Disponível em <<http://www.obid.senad.gov.br>>. Acesso em 13/11/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo.** Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 21 out. 2010.

BRASIL, Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD. **I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários brasileiros.** Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br>>. Acesso em 25 out. 2010.

CODO, W. E. A. **Indivíduo, trabalho e sofrimento:** Uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1993.

CODO, W. D.; GRAÇA, J. M. D. **Saúde mental e trabalho:** leituras. Petrópolis: Vozes, 2007.

COSTA, J. B. P.; VALÉRIO, N.I. Transtorno de personalidade anti-social e transtornos por uso de substâncias. **Temas em Psicologia,** v.16, n.1, Ribeirão Preto, 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>. Acesso em 14.03.2011.

DEJOURS, C. **Uma visão do sofrimento humano nas organizações.** O indivíduo nas organizações, dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1.993.

_____. **Psicodinâmica do trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.

_____. **A Loucura do trabalho.** São Paulo: Cortez, 1998.

DELGADO, P. G. Comunicação verbal. In: Seminário: Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. Conselho Federal de Psicologia: Brasília, 2010.

DELFINI, P. S. S.; SATO, M.T.; ANTONELI, P. P.; GUIMARÃES, P. O.S. Parceria entre CAPS E PSF: O desafio da construção de um novo saber. **Ciência e Saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1. Disponível em <<http://www.scielosp.org/scielo.php>>. Acesso em 15.06.2011.

FILÓSOFOS DO PLANALTO. **Epistemologia construtivista**. Brasília, 2009. Disponível em <<http://www.filosofosdoplanalto.org.br>>. Acesso em 15 jan. 2011.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1.978.

_____, **As Palavras e as coisas: Uma arqueologia das ciências humanas**. São Paulo: Martins Fontentes, 1995.

FREUD, S. **A Sexualidade na etiologia das neuroses**. Rio de Janeiro: Imago, [1898] 1988a.

_____. **Os Chistes e a sua relação com o inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, [1905] 1988b.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JESUS, C. F. **Instituições de Atendimento a toxicodependentes: experiências no Vale do Paraíba**. 148 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Metodista de São Paulo, 2006.

KIRSCHBAUM, D. I. R.; PAULA, F. K. C. O Trabalho do enfermeiro nos equipamentos de saúde mental da rede pública de Campinas-SP. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 5, set. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/?ing=pt>>. Acesso em 14 nov. 2010.

MACHADO, R. et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p.

MUNIERA, B. **Psiquiatria e antipsiquiatria**. Rio de Janeiro: Salvat Editores, 1981.

NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. Modos de subjetivação dos trabalhadores de saúde mental em tempos de reforma psiquiátrica. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2007, vol. 17, n.2. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php>. Acesso em 12.05.2011.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime (UNODC). **Dados estatísticos sobre drogas**, 2009. Disponível em: <<http://www.unodc.org/unodc/in-dex.html?ref=menutop>>. Acesso em 05 nov. 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Assembléia Geral, dez. 1991**. Resolução 46/152. Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/smental.htm>>. Acesso em 12 fev. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. 1990. **Reestruturação da assistência psiquiátrica**: bases conceituais e caminhos para a sua implementação. Caracas, Venezuela, nov. 1990. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/opas.cfm>>. Acesso em 14 out. 2010.

PAULON, S. **Desinstitucionalização da loucura**: Práticas de cuidados e a reforma psiquiátrica no RS. São Leopoldo:Unisinos, 2002.

PECHANSKY, F.; LUBORSKY, L. Abordagem psicodinâmica do paciente dependente químico. In: EIZIRIK, C. L.; AGUIAR, R. W. D.; SCHESTATSKY, S. S. (Orgs.). **Psicoterapia de Orientação Analítica**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 778-789.

PELBART, P. P. Manicômio Mental: a outra face da clausura. In: Lancetti, A. (Org.). **Saúdeloucura**. v. 2. São Paulo: Huciter, 1991. p. 131 - 138.

PEREIRA, R. C. **Políticas de saúde mental no Brasil**: o processo de formulação da Lei de Reforma Psiquiátrica. 244 f. Tese (doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2004. Disponível em <<http://www.regional.bvssalud.org/php/index.php,thesis.icict.fiocruz/pdf/pereirarc.pdf>>. Acesso em: 29/03/2011.

RABELO, A. R. R. **Um manual para o CAPS**. Salvador: EDUFBA, 2006.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil**: Uma visão histórica. Petrópolis: Vozes, 1987.

REZENDE, M. M. Uma provável caracterização do profissional de saúde mental que atende a dependentes de drogas no Vale do Paraíba. **Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental**, v. IV, n. 1, p. 100-108, março, 2003.

_____. Formação e experiência de profissionais que tratam de dependentes de drogas. **Psicologia Clínica**, v. 17.1, p. 191-198, 2005.

RIBAS, V. R. et al. Personalidade do dependente químico. **Neurobiologia**, v. 3, n. 3 julho/setembro, p.2,2009. Disponível em:<<http://scholar.google.com.br/scholar?start=10&q=Depend%C3%Aancia,+drogas,+psican>>. Acesso em: 25.03.2011.

SANTOS, J. L. G. **Política de saúde pública para usuários de álcool e outras drogas no Brasil**: A Prática do CAPS-AD em Feira de Santana, Bahia, Brasil. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Católica de Salvador, 2008. Disponível em <<http://www.tede.ucesal.br>>. Acesso em 21.12.2010.

SILVA, L. B. C. **Doença mental, psicose, loucura**: representações e práticas da equipe multiprofissional. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

SILVA, C. J.; SERRA. A. M. Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência Química. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. v.26, supl. 1, São Paulo, maio de 2004.

SILVA, A. M. **Tratamento do Centro de atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e outras Drogas - CAPS ad II, Leste Natal/RN: uma avaliação de efetividade**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2006. Disponível em <<http://www.ufrn.br>>. Acesso em 13.12.2010.

SPINK, M. J. P . O Conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n.3, p. 300 - 308, julho/setembo, 1993.

VASCONCELOS, E. M. **O Controle Social na Reorientação do Modelo Assistencial em Saúde Mental no Brasil**. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2001.

ANEXO A – Roteiro de Entrevista

CATEGORIA I – RELAÇÃO DO PROFISSIONAL COM O SEU TRABALHO

Subcategoria A – A Percepção sobre a eficácia das abordagens e técnicas empregadas

B – Acompanhamento da evolução do paciente

C – Grau de satisfação com os resultados

D – Sugestões para melhorar os resultados

CATEGORIA II – RELAÇÃO DO PROFISSIONAL COM A POPULAÇÃO ATENDIDA

Subcategoria E - Representação que o profissional faz do dependente químico

F - Qualidade do relacionamento com os pacientes

CATEGORIA III – RELAÇÃO DO PROFISSIONAL COM A EQUIPE

Subcategoria G – Organização e funcionamento da equipe

H – Valorização do profissional pela equipe

I - Circulação de informações e conhecimentos na equipe

J - Nível de conscientização dos profissionais a respeito de suas funções

K – Pressões no trabalho

CATEGORIA IV – SATISFAÇÃO COM AS RELAÇÕES DE TRABALHO

Subcategoria L – Satisfação no trabalho

M – Satisfação com a remuneração

N – Confiança na proposta CAPS-ad

O – Perspectiva de futuro no CAPS-Ad

ANEXO B – Ficha de Caracterização Profissional

PARTICIPANTE Nº _____

IDADE: _____ - SEXO _____ - ESTADO CIVIL _____

FORMAÇÃO ACADÊMICA: _____

FORMAÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA: _____

FUNÇÃO NA INSTITUIÇÃO: _____

TEMPO DA ATIVIDADE COM DEPENDENTES QUÍMICOS: _____

TEMPO DE ATIVIDADE NA INSTITUIÇÃO: _____

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade
Metodista
de São Paulo

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-UMESP

Data: 25/11/2010 - Prot. Nº384181- 10

CAEE: 0122.0.214.000-10

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UMESP

Título do Projeto de Pesquisa: CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS-AD): A EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL NUMA UNIDADE DA BAIXA MOGIANA.

Pesquisador Responsável: JOSÉ CARLOS FERREIRA.

Curso/Faculdade: Psicologia / Faculdade da Saúde

O Comitê de Ética em Pesquisa reunido em **25/11/2010** deliberou como segue sobre o protocolo em questão:

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo *avaliar a percepção dos profissionais de saúde mental que atuam no CAPS AD, a respeito da pertinência e eficácia das abordagens utilizadas e das técnicas empregadas no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas; investigar a formação acadêmica e complementar dos participantes; e identificar os resultados obtidos pelos profissionais no tratamento dos dependentes químicos. Os participantes serão os profissionais de saúde mental, envolvidos no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas do CAPS-AD de uma cidade na região da Baixada Mogiana (Mogi-Guaçu, SP). A amostra será do tipo não probabilístico, de conveniência, totalizando dez participantes. Será realizada uma pesquisa exploratório-descritiva de caráter qualitativo, com a utilização de entrevistas e questionários, para avaliar a percepção dos profissionais de saúde mental a respeito da pertinência e eficácia das abordagens e técnicas por eles empregadas no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas; investigar a formação acadêmica e complementar e identificar os resultados obtidos pelos profissionais no tratamento dos dependentes químicos.* Após leitura, análise do projeto e exame criterioso de todos os itens que compõem os documentos do Protocolo de Pesquisa, incluindo os itens presentes no Roteiro de Checagem para o parecerista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi constatado que nada consta no processo que fira os princípios e normas da ética em pesquisa

O CEP-UMESP considera o projeto de pesquisa **APROVADO**, lembrando que a condição de aprovação da pesquisa propriamente dita exige o que segue:

- Que sejam encaminhados ao CEP-UMESP relatórios anuais sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais)
- Que sejam notificados ao CEP-UMESP eventos adversos que tenham ocorrido no curso da pesquisa e que sejam significativos do ponto de vista ético e metodológico;
- Que sejam notificadas eventuais emendas e modificações no protocolo de pesquisa

São Bernardo do Campo, 25 de novembro de 2010.

Profa. Dra. Fernanda Angelieri
Coordenadora do CEP-UMESP

ANEXO D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE PÓSGRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar livremente da pesquisa: “Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD): A experiência dos profissionais de saúde mental numa unidade da Baixada Mogiana” realizada pelo psicólogo José Carlos Ferreira, sob a orientação do Profº Dr. Manuel Morgado Rezende, docente do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, que tem por objetivo verificar a percepção dos profissionais de saúde mental sobre a pertinência e a eficácia das abordagens e técnicas utilizadas no atendimento aos usuários de drogas. Isto quer dizer que pretende-se estudar como os profissionais avaliam as bases teórico-científicas em que se apóiam e os resultados que obtêm no emprego de suas técnicas. Com isso espera-se que este estudo possa contribuir para uma reflexão sobre a nossa prática profissional, com vistas ao seu aprimoramento, que resulte em maiores ganhos para a população assistida e maior grau de satisfação para os profissionais envolvidos.

Fui informado que a minha participação realizar-se-á através de informação de dados objetivos sobre a minha formação e carreira, como também através de entrevista semi-estruturada, que será gravada e transcrita para posterior análise, com fins acadêmicos. Declaro ainda ter compreendido as informações e que estou ciente de que não sofrerei nenhum prejuízo de ordem psicológica ou física, e que a minha privacidade e sigilo serão preservados.

Fui esclarecido de que não arcarei com nenhum custo por participar desta pesquisa e que minha participação é voluntária, sem qualquer remuneração. Concordo que os dados sejam publicados para fins acadêmicos e científicos e, que eu possa solicitar informações sobre este estudo durante toda a fase da pesquisa, mesmo após a sua publicação.

Acrescento ainda que fui informado (a) de que poderei, a qualquer momento, solicitar informações sobre esta pesquisa, bem como comunicar minha desistência de participar da mesma, sem que haja nenhum prejuízo à minha pessoa.

Mogi Guaçu, _____ de _____ de _____

Ciente

Assinatura