

ENTRE O MODELO PSICOSSOCIAL E A PRÁTICA NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
considerações sobre a equipe técnica

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

LUCIANA NERY DANTAS

ENTRE O MODELO PSICOSSOCIAL E A PRÁTICA NO CENTRO DE
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
considerações sobre a equipe técnica

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Psicologia da
Universidade Federal de Pernambuco,
como parte dos requisitos para a obtenção
do título de Mestre em Psicologia.

Orientador: Prof. Dr. Aécio Marcos de Medeiros Gomes de Matos

RECIFE

2009

Dantas, Luciana Nery

**Entre o modelo psicossocial e a prática no Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas : considerações sobre a equipe técnica / Luciana Nery Dantas. – Recife: O Autor, 2009.
128 folhas.**

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Psicologia, 2009.

Inclui: bibliografia, anexos e apêndices.

1. Psicologia. 2. Equipe de trabalho. 3. Psicotécnica social. 4. Drogas. 5. Alcoolismo. 6. Saúde Mental. I. Título.

**159.9
150**

**CDU (2. ed.)
CDD (22. ed.)**

**UFPE
BCFCH2009/70**

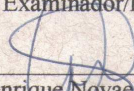
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO**

**ENTRE O MODELO PSICOSSOCIAL E A PRÁTICA NO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS: considerações sobre a equipe técnica**

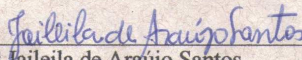
Comissão Examinadora:



Prof. Dr. Aécio Marcos Medeiros Gomes de Matos
1º Examinador/Presidente



Prof. Dr. Paulo Henrique Novaes Martins de Albuquerque
2º Examinador



Profª Drª Jailleila de Araújo Santos
3º Examinador

Recife, 26 de maio de 2009

À minha família e aos que se interessaram e participaram desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, Criador do mundo e de todas as coisas, pela oportunidade de trilhar este caminho e conseguir alcançar mais essa meta;

Aos amigos de verdade, pela ajuda em todos os momentos e situações, apesar das minhas limitações, em especial ao meu anjo de guarda;

Às minhas tias, por tudo de bom que fizeram e continuam fazendo por mim, além do patrocínio de toda uma vida acadêmica;

Às minhas primas e, em particular a Gabriella Rameh Rodrigues, pela ajuda;

Àqueles que viveram comigo essa história e respeitaram as escolhas e momentos de angústia que vivenciei, que não foram poucos;

A Camila Serrano pelo apoio e amizade;

À minha “madrinha” de Mestrado - Wedna Galindo, pelo muito que fez por mim através da disponibilidade de tempo, apoio, atenção nos momentos de desespero, ajuda quando, eu não aguentava mais, e por sempre acreditar que eu seria capaz. Você é realmente brilhante!!!!

A Brena Leite, pela escuta e compartilhamento de incertezas, como também pelo apoio fundamental;

Aos funcionários do CAPSad, onde realizei o estudo, pela acolhida e participação no processo de pesquisa;

Aos mestres e doutores que encontrei no meu caminho pela contribuição nessa trajetória de formação acadêmica;

Em destaque ao professor que me orientou nesse trabalho, Aécio Gomes de Matos, pelas orientações e aconselhamentos imprescindíveis;

Ao pessoal do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, pelas orientações administrativas do processo e pela atenção oferecida;

Aos colegas do Mestrado, com os quais pude construir relações de amizade, mesmo passageiras, mas tão importantes;

Aos que eu encontrei no meu caminho que me ofereceram um copo de água, um conselho amigo, um abraço, um aperto de mão, pela empatia nesse percurso tão desgastante.

Muito obrigada a todos!

A finalidade da existência ... é a conquista dos valores eternos, e o êxito consiste em lograr o equilíbrio entre o que se pensa ter e o que se é realmente, adquirindo a estabilidade emocional para permanecer o mesmo na alegria, como na tristeza, na saúde conforme na enfermidade, no triunfo, qual sucede no fracasso.

Joana de Ângelis

Há dois tipos de sabedoria: a inferior e a superior. A sabedoria inferior é medida por quanto uma pessoa sabe, e a superior, pela consciência que ela tem do que não sabe. Os verdadeiros sábios são os mais convictos da sua ignorância.

A sabedoria superior tolera, a inferior julga; a superior compreende, a inferior culpa; a superior perdoa, a inferior condena. A sabedoria inferior é cheia de diplomas, na superior ninguém se gradua, não há mestres, nem doutores, todos são eternos aprendizes.

Augusto Cury

“O conhecimento nada mais é que a aventura pelo mar desconhecido, em busca da terra sonhada. Mas sonhar é coisa que não se ensina. Ela brota das profundezas do corpo, como a água brota das profundezas da terra. Como mestre, só posso então lhe dizer uma coisa: conte-me os seus sonhos, para que sonhemos juntos.”

Rubem Alves

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	8
RESUMO	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUÇÃO	12
1. A SAÚDE MENTAL E O CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS.....	15
1.1. A Saúde Mental.....	15
1.1.1. A Saúde Mental no Brasil.....	16
1.1.2. Críticas ao Modelo Hospitalocêntrico.....	17
1.1.3. A Reforma Psiquiátrica no Brasil.....	19
1.2. O Consumo de Substâncias Psicoativas.....	23
1.2.1. O tratamento do uso abusivo de drogas como doença mental.....	26
1.2.2 A assistência em drogas no Brasil e o SUS: o surgimento dos Capsad.....	29
1.2.3 Os Capsad no Recife	35
1.3 A abordagem da questão	38
2. DA TERAPÊUTICA À PRÁTICA DA EQUIPE NO USO ABUSIVO DE DROGAS... ..	42
2.1 O tratamento no Capsad.....	44
2.1.1 O modelo psicossocial.....	44
2.1.2 A equipe	47
3. METODOLOGIA	56
3.1 Referencial epistemológico	56
3.2 Tipo de pesquisa	58
3.3 Procedimentos de coleta e análise dos dados.....	60
3.3.1 Coleta de dados.....	60
3.3.2 Tratamento e análise dos dados.....	62
4. EM FOCO: UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	65
4.1 O funcionamento	65
4.2 O contexto da equipe técnica	69
5. O TRABALHO EM EQUIPE.....	71
5.1 A constituição da equipe (quem é a equipe).....	71
5.1.1 A fundação.....	71
5.1.2 As mudanças vivenciadas pela equipe	72
- A gerência	74
5.1.3 A estruturação da equipe	75
5.1.4 As tensões da prática em equipe	79
5.1.5 As dificuldades de comunicação	85
5.1.6 A supervisão.....	88
5.2 A organização do trabalho (o que a equipe faz)	91
5.2.1 A execução do projeto terapêutico.....	97
- Multi/interdisciplinaridade.....	99
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	114
ANEXOS E APÊNDICES	124
ANEXO A - Aprovação do projeto pelo Comitê de ética - 2008.....	125
ANEXO B - Concessão da autorização de pesquisa - 2008.....	126
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista - 2008.....	127
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - 2008	128

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AA- Grupo dos alcoólicos anônimos
- ACS – Agentes Comunitários de Saúde
- Apac – Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade
- ARD – Agentes Redutores de Danos
- Caps – Centro de Atenção Psicossocial.
- Capsad – Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas.
- Cersams - Centros de Referência em Saúde Mental
- Conad - Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
- CPTRA – Centro de Prevenção e Recuperação do Alcoolismo
- CSM – Centros de Saúde Mental
- CT – Comunidade Terapêutica
- DS – Distritos Sanitários
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- Gaod – Grupo de Álcool de Outras Drogas
- GNA – Grupo Nicotina Anônimos
- Inca – Instituto Nacional do Câncer
- MS – Ministério da Saúde.
- MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
- MLA – Movimento de Luta Antimanicomial
- Naps – Núcleo de Atenção Psicossocial
- NA – Narcóticos Anônimos
- Opas – Organização Pan-americana de Saúde
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- Pacs – Programa Agentes Comunitários de Saúde
- PSF – Programa de Saúde da Família
- Pnad - Política Nacional Antidrogas
- RDs – Redutores de danos
- RPA – Regiões Político-Administrativas

Samu – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

Senad - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SHRad - Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas

SUS – Sistema Único de Saúde

UD - Unidades de Desintoxicação

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Este estudo elegeu como objeto de investigação o funcionamento da equipe técnica de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas, tomando como referência o atual contexto político da assistência em álcool e outras drogas, no Brasil e no Recife. Foram traçados como objetivos analisar as práticas da equipe de um desses centros e a sua conformação à proposta de atenção psicossocial expressa no projeto terapêutico definido institucionalmente. A fundamentação teórico-metodológica foi baseada nos aspectos objetivos e abstratos do trabalho em equipe, revelando as estruturas funcionais e inconscientes que constituem sua base de atuação. A pesquisa utilizou a metodologia qualitativa de coleta e tratamento de dados, com entrevistas semi-abertas realizadas com os profissionais de nível superior e membros da equipe, observação participante das reuniões técnicas e exame de documentos disponibilizados pela instituição. A análise do material permitiu visualizar que o trabalho em equipe vem passando por uma fase de desorganização que parece ser caracterizada por um descompasso entre a dinâmica de trabalho prevista e a executada em equipe caracterizando um distanciamento das diretrizes da prática interdisciplinar e, portanto, dos pressupostos do modelo psicossocial. Essa situação foi entendida como pertinente ao funcionamento da equipe como grupo, o que aponta um trabalho na pré-tarefa, ou seja, na fase inicial marcado por resistências, medos e conflitos como descrito por Pichon-Rivière. Por outro lado, as dificuldades do trabalho em equipe parecem estar relacionadas à herança do modelo biomédico, que ainda perpassa a prática em equipe e a conduta dos profissionais que atuam na área de saúde mental. Com relação aos aspectos objetivos, as limitações referidas como falta de condições de trabalho (falta de materiais, capacitação e do trabalho em rede), apesar de reais, são entendidas como forma de escamotear as questões pertinentes ao grupo. Os aspectos gerenciais relacionados à unidade de saúde e/ou à política de saúde mental são inclusos nesse contexto como questões polêmicas na equipe que expressam discordâncias e dúvidas intrinsecamente ligadas à forma de atuação da equipe. Todas essas questões, além dos sentimentos de impotência, descrença no trabalho em grupo e baixa auto-estima refletem no comportamento dos técnicos que vivenciam as contradições da rotina de trabalho pelo isolamento, expresso nos sentimentos de ameaça, medo e abandono. Diante desse quadro consideramos que a equipe técnica precisa de um trabalho de grupo para se firmar como um espaço significativo de intervenções e práticas.

Palavras-chave: equipe técnica; Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas; atenção psicossocial; análise institucional.

ABSTRACT

This study chose as investigation object the operation of the technical team of a Alcohol and Other Drugs Psychosocial Attention Center taking as reference the current political context of the attendance in alcohol and other drugs in Brazil and in Recife. The planned objectives were to analyze the practices of the team of one of this centers and the proposal of psychosocial attention expressed in the therapeutic project and defined by institution. The theoretical-methodological fundamentals was based on the aspects objective and abstract of the work in team revealing the functional and unconscious structures that constitute the performance base of them. The research used the qualitative methodology of collection and treatment of data, with half-open interviews accomplished with the professionals of superior level and members of the team, participant observation of the technical meetings and exam of documents made available by the institution. The analysis of the material allowed to visualize that the work in team is going by a disorganization phase that seems to be characterized by a difference among the work dynamics foreseen and executed it in team characterizing an estrangement of the guidelines of the interdisciplinary practice and, therefore, of the presuppositions of the model psychosocial. That situation was understood as pertinent to the operation of the team as group, what points a work in the pré-task, in other words, in the initial phase marked by resistances, fears and conflicts as described by Pichon-Rivière. On the other hand, the difficulties of the work in team seem to be related to the inheritance of the biomedical model, that still happen in the practice in team and the professionals' conduct that act in the area of mental health. Regarding the objective aspects, the limitations referred as lack of work conditions (it lacks of materials, training and of the work in net), in spite of Real, they are understood as form of pilfering the pertinent subjects to the group. The managerial aspects related to the unit of health and/or to the politics of mental health they are included in that context as controversial subjects in the team that they express disagreements and doubts linked to the form of performance of the team. All those subjects, besides the impotence feelings, disbelief in the work in group and low self-esteem contemplates in the technicians' behavior that you/they live the contradictions of the work routine for the isolation, expressed in the threat feelings, fear and abandonment. Before of that picture we considered that the technical team needs a group work to firm as a significant space of interventions and practices.

Key-words: technical team; Alcohol and other Drugs Psychosocial Attention Center; psychosocial attention; institutional analysis.

INTRODUÇÃO

Ao longo do século XX e início do século XXI, as relações estabelecidas com as substâncias psicoativas tornaram-se complexas refletindo em mudanças estruturais na sociedade. O avanço da industrialização e as transformações nos meios de produção, comercialização e propagação dos produtos fizeram surgir motivações e novas formas de procura pelas drogas.

O consumo de drogas nas sociedades modernas caracteriza-se como um fenômeno dinâmico permeado por questões políticas, econômicas, culturais e de saúde que se relacionam com a subjetividade humana, a moral, as relações de poder, institucionais e pessoais (BUCHER, 1996). Ao ser tratado como um problema de saúde pública, na área de saúde mental, o consumo abusivo de drogas assume um status terapêutico. Dessa forma há um investimento em projetos terapêuticos e práticas de cuidado flexíveis e abrangentes às necessidades dos usuários em situação de tratamento.

Nesse contexto foi instituído, no Sistema Único de Saúde (SUS), um serviço de atenção específica com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (Capsad), dispositivos substitutivos aos manicômios, tornados estratégicos para a reversão de o modelo hospitalar de tratamento da dependência química. Esses serviços, normatizados apenas em 2002, representam um avanço considerável também pela formulação, no ano seguinte, de uma política sobre o assunto, baseada numa concepção terapêutica psicossocial.

A atenção psicossocial adotada nesses serviços, propõe a redefinição de um conceito de saúde, como um fenômeno integral articulado por um conjunto de especialidades em constante interação e diálogo (ANTUNES; QUEIROZ, 2007). Os profissionais se constituem como agentes e participantes da terapêutica instituída e as relações entre eles e os usuários são importantes nesse processo de assistência que tem como objetivo a reabilitação e (re)integração social do usuário de drogas.

Nessa perspectiva, a presente dissertação tem como propósito investigar o trabalho em equipe de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas, no Recife e sua adequação à proposta de atenção psicossocial expressa no projeto terapêutico definido institucionalmente.

Os objetivos específicos do estudo são:

- Identificar a forma de funcionamento da equipe;
- Compreender as estruturas concretas e/ou abstratas que possam constituir a base de atuação profissional;
- Analisar a coerência entre as práticas da equipe e as concepções da atenção psicossocial.

Particularmente, o meu interesse pelo tema foi fruto da experiência do estágio curricular realizado em um Capsad na cidade do Recife quando cursei a Graduação em Terapia Ocupacional (concluída em 2006) pela Universidade Federal de Pernambuco.

Durante a minha vivência, pude observar que havia alguns problemas com as práticas de integração da equipe em relação ao que era preconizado pelo projeto terapêutico, o que despertou a busca por respostas e entendimento dessa relação entre os profissionais. Foi a partir de questionamentos sobre essa prática que surgiu a motivação para o estudo.

Percebi que a proposta de atenção em saúde mental no modelo psicossocial parecia ser entendida de diversas formas, no Serviço. A partir dessa primeira impressão passei a tentar visualizar as múltiplas variáveis envolvidas na prática e assistência desses centros.

A preferência pelo Capsad deu-se porque este é um serviço recente; no Recife, o primeiro centro foi inaugurado em 2004, e no Brasil, encontra-se em fase de implantação, segundo dados do Ministério da Saúde¹.

Baseada no processo de trabalho em equipe e na realidade concreta e abstrata de funcionamento no CAPSad foi formulada a questão da pesquisa. O ponto de partida pauta-se nas ações coletivas dos profissionais. Na literatura, existe uma discussão interessante sobre o assunto equipe, por autores como Peduzzi (2001), Guljor (2003), Vilela e Mendes (2003), Pinho (2006), Koda e Fernandes (2007), Figueiredo (2007) e Rameh-de-Albuquerque (2008), que abordam conteúdos referentes ao trabalho em equipe e mencionam a necessidade de estudos sobre as práticas desenvolvidas em saúde mental.

¹ Informação disponível no site do Ministério da Saúde www.saude.gov.br.

Bichaff (2006), por exemplo, em sua pesquisa sobre o trabalho no Centro de Atenção Psicossocial (Caps) refere que, na vivência cotidiana, existem dificuldades no trabalho em equipe com relação à organização e ressalta que raramente o trabalho é feito em conjunto. Ainda menciona um distanciamento entre o que é proposto pela política de saúde mental e a realidade da atenção desenvolvida no Caps.

Nesta pesquisa, a equipe é observada a partir da análise das ocorrências que permeiam o cotidiano no Capsad. No primeiro capítulo, abordamos o percurso da assistência aos usuários de álcool e outras drogas. Esse momento inicial contempla de forma breve a construção histórica dessa assistência até o surgimento dos Capsads e a formulação de uma política pública nacional específica em álcool e drogas. Ainda neste capítulo apresentamos o problema de pesquisa.

O segundo capítulo é dedicado a uma apresentação sistemática do referencial teórico que expõe os fundamentos da atenção psicossocial e do trabalho em equipe.

No terceiro capítulo destacamos a metodologia da pesquisa, da coleta ao tratamento dos dados.

No quarto capítulo encontramos o campo de estudo e no quinto realizamos a análise dos dados da pesquisa com a discussão sobre o modelo e as práticas de trabalho vivenciadas pela equipe. Por fim, apresentamos uma síntese reflexiva dos resultados da pesquisa nas considerações finais.

1. A SAÚDE MENTAL E O CONSUMO ABUSIVO DE DROGAS

1.1. A Saúde Mental

A problemática das drogas localiza-se institucionalmente na área da saúde mental, o que nos leva, necessariamente, a considerar alguns aspectos do debate sobre a loucura, antes de dirigirmos nossa atenção à questão das dependências.

Nesse aspecto, em termos históricos, os distúrbios em saúde mental foram tratados como doença, nos hospitais, configurando-se como um campo de saber médico, e sendo compreendidos sob a ótica do modelo científico dualista-racionalista (erro X verdade), como informa Amarante (2007). Ou seja: ao portador de “distúrbios mentais” cabia o rótulo de erro, de *desvio*.

Consideradas insanas, alienadas, loucas, as pessoas identificadas assim, a partir do estabelecimento da medicina como ciência, foram mantidas para estudo e acompanhamento, geralmente isoladas em hospitais (FOUCAULT, 2005). Essa forma de tratamento originou-se na França, a partir da transformação da função social dos hospitais, de instituições filantrópicas em instituições médicas, definindo um novo lugar social para o louco e a loucura.

No século XVIII, em 1793, o médico Philippe Pinel (1745-1826), diretor do Hospital Bicêtre – na França, propôs a libertação dos loucos das correntes e a submissão deles a um tratamento de completo “isolamento”. Cria-se, então, o manicômio e mais tarde, o hospital psiquiátrico. O avanço científico apresentado por Pinel, considerando a loucura um problema moral, é compreendido como a possibilidade de um tratamento menos desumano para os considerados “loucos”.

O fundamento desse tratamento baseava-se em isolar o paciente do mundo exterior, a fim de eliminar interferências que pudessem prejudicá-lo. A proposta era propiciar a ordem e a disciplina para que a mente em desalinho dos alienados pudesse ser restaurada. Nesse momento, a psiquiatria constitui-se como saber médico específico da doença mental (AMARANTE, 2007).

Em 1838, na França, foi promulgada a primeira lei de assistência aos alienados, o que estimulou a abertura de hospitais psiquiátricos em outros países. Durante alguns séculos essa foi a única terapêutica utilizada para tratar os doentes mentais.

1.1.1. A Saúde Mental no Brasil

No Brasil, a inauguração do primeiro hospício, o Hospital Pedro II, assim denominado em homenagem ao Imperador, ocorreu em 1852, no Rio de Janeiro, na Praia Vermelha, local afastado do centro urbano carioca. (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003). O Hospital Pedro II foi construído como dependência da Santa Casa de Misericórdia², destinado ao recolhimento dos que ameaçavam a paz e a ordem social, como também daqueles que apresentavam sinais de doença mental e precisavam ser internados. Segundo Amarante (1998) esse local era coordenado pelo clero e por freiras hierarquicamente superiores aos médicos.

Em 1890, com a substituição da gerência de ordem religiosa pela médica, instaurou-se a proposta terapêutica baseada no tratamento moral, que presumia o isolamento e afastamento do doente da sociedade e da família (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Desde então, a psiquiatria brasileira foi se constituindo para atender uma demanda sanitária de zelo pela saúde da população. As representações construídas em torno da loucura identificavam os indivíduos como improdutivos, ameaçadores da norma social e potencialmente perigosos. Nesse grupo eram considerados os loucos, desagregados, marginalizados, alcoólatras, usuários de drogas e demoníacos (AMARANTE, 1995; SILVA; OLIVEIRA; BARROS, 2001). Vemos aqui que o usuário de drogas é considerado semelhante ao louco e tratado como doente mental. Sobre ele também recaem concepções pejorativas e preconceituosas.

² As Santas Casas de Misericórdia e outras instituições de caridade existem desde os séculos XVI e XVII e abrigavam doentes, pobres, velhos, órfãos e mendigos, não contavam com os loucos. Posteriormente, estes foram incluídos nessas instituições e recebiam tratamento diferenciado, em porções, sem assistência médica, contidos, espancados e, por que não dizer, condenados à morte (RESENDE, 2000).

Com a superlotação dos hospícios, no Brasil, as colônias agrícolas apareceram como proposta terapêutica, no início do século XX. O objetivo dessas instituições era possibilitar a cura através do trabalho agropecuário e em pequenas oficinas. Apesar dessas iniciativas, o resultado pouco promissor das experiências ensejou o fortalecimento da proposta da “hospitalização definitiva para os doentes crônicos” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Nas décadas de 30 e 40 predominavam as terapêuticas de cunho biológico, somáticas ou orgânicas, tais como: o isolamento, a contenção física, a eletroconvulsoterapia e lobotomias. Nos anos 50 foi introduzida a terapêutica medicamentosa no tratamento dos transtornos mentais, como a terapia insulínica e a clopromazina³. Nesta época, merece destaque a atuação da psiquiatra alagoana Nise da Silveira⁴, que propôs como alternativa ao tratamento violento a terapia ocupacional, realizando atividades expressivas neste campo e o convívio com animais domésticos, com o objetivo desenvolver as habilidades sociais e emocionais dos pacientes no Centro Psiquiátrico D. Pedro II (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003). Esses indícios de mudança na assistência mental posteriormente são influenciados pelas propostas de transformação de outros países.

1.1.2. Críticas ao Modelo Hospitalocêntrico

Após a segunda guerra mundial, a assistência psiquiátrica foi repensada surgindo, na França, os primeiros movimentos da psiquiatria: a psicoterapia institucional. Este movimento, como refere Guljor (2003) tinha como objetivo restaurar o aspecto terapêutico do hospital psiquiátrico, que deveria ser um local de cura sem violência, repressão e segregação, sendo possível o retorno do doente mental a condição de saúde.

Outros movimentos de contestação do modelo de isolamento no tratamento dos sofrimentos mentais ocorreram na Europa, como os da antipsiquiatria e da psiquiatria democrática italiana. A antipsiquiatria surgiu no final dos anos 50, na Inglaterra, e foi o

³ Medicação que apresenta efeito de sedação, utilizada nos tratamentos sonoterápicos.

⁴ Dra. Nise da Silveira, psiquiatra junguiana, privilegiou a expressão criativa e a livre expressão dos doentes através do desenho, pintura, escultura etc. O objetivo era dar oportunidade para que eles se reorganizassem (STOCKINGER, 2007, p. 55)

primeiro movimento a contestar a ordem médica vigente em saúde mental: a psiquiatria, como também a instituição psiquiátrica e o modelo biomédico/hospitalocêntrico. Tinha como principais reivindicações a não medicalização e a compreensão da doença como resultante de um rompimento da harmonia entre o ser e o meio. Postulava que a doença mental não se enquadrava como patologia; ao contrário, considerava o sofrimento mental como fruto da experiência do sujeito em relação ao ambiente social.

Segundo o ponto de vista da antipsiquiatria, “ao terapeuta competiria auxiliar a pessoa a vivenciar e a superar este processo, acompanhando-a, protegendo-a, inclusive da violência da própria psiquiatria” (AMARANTE, 2007, p. 54).

Merece destaque o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, talvez o mais importante, na década de 60/70. Iniciada por Franco Basaglia e outros psiquiatras, quando propuseram reformar um hospital psiquiátrico existente ao norte da Itália, o manicômio de Gorizia, em Trieste. Essa proposta evoluiu e transformou-se no pensamento de ruptura com a tradição psiquiátrica.

Basaglia formulou uma prática de superação do hospício com base em fundamentos científicos, legislativos, jurídicos e sociais. Ele e sua equipe fecharam o hospital psiquiátrico de Trieste, sendo criados serviços substitutivos para absorver os pacientes dos manicômios. Os Centros de Saúde Mental (CSM) foram os primeiros desse tipo distribuídos pela cidade italiana.

Segundo Amarante (1996), a principal bandeira desse movimento é a mudança de paradigma a partir da transformação do foco da doença para o ser humano em sua complexidade. O paradigma emergente é o da desinstitucionalização, que tem como proposta a desestruturação do sistema asilar. Esse marco pode ser entendido de três formas: a) desospitalização, baseada na prevenção e promoção da saúde, ao invés da cura; b) desassistência, isto é, a não assistência medicamentosa ou de qualquer outra forma ao doente; c) e desconstrução, marcada pela crítica à certeza do conhecimento científico do saber médico, localizado na instituição asilar e na psiquiatria.

Essas mudanças propostas pelos movimentos de contestação do modelo asilar são consideradas, por Rotelli (1990), como um trabalho de transformação da prática que propõe a ruptura com o modelo clínico, pautado na mudança do objeto do conhecimento da doença

para o indivíduo, da cura para a “invenção da saúde”, das relações de poder entre a instituição e os sujeitos e o deslocamento da intervenção centrada no hospital para a sociedade.

1.1.3. A Reforma Psiquiátrica no Brasil

Todas essas idéias e propósitos constituíram a base para a reorganização da estrutura em saúde mental no Brasil; nos anos 60 se inicia o debate sobre a necessidade de mudanças na assistência e, entre as propostas advindas da Europa, começa a ser desenvolvida a expansão de serviços intermediários e comunidades terapêuticas, com o intuito de humanizar os tratamentos.

Nesse mesmo período havia a comercialização da assistência em saúde pelo sistema de privatização, que incluiu os hospitais psiquiátricos (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003). Essa expansão dos serviços privados originou a consolidação do modelo hospitalocêntrico (SILVA, 2001), sendo o atendimento em saúde realizado por particulares ou entidades filantrópicas.

Nesse aspecto, torna-se relevante a promulgação da Constituição Federal do Brasil, em 1988, a qual representa um marco na conquista dos direitos sociais (GOMES; SILVA; SILVA, 2005). A saúde, incluída no título VIII, ordem social, seção II, arts. 196-200, passa a ser compreendida como direito de todos e dever do Estado.

Além da promulgação da Constituição, em 1988, nesse período ocorreram movimentos importantíssimos para a sociedade brasileira, no que se refere à saúde mental, tais como: a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica. A reforma sanitária tinha como foco a modificação da assistência em saúde marcada, na época, pelo acesso restrito ao atendimento. As noções de saúde e saúde coletiva, entendidas como parte fundamental da democracia e cidadania, ganham espaço, em detrimento da concepção de doença. A própria constituição, formulada num clima de redemocratização do país, incorpora perspectivas contemporâneas sobre a ampliação em saúde.

Também nesse contexto de lutas por direitos desenvolveu-se o movimento da Reforma Psiquiátrica, que fundamenta a transformação da assistência em saúde mental e apresenta um percurso próprio de organização. A desinstitucionalização, entendida como a desconstrução

do manicômio, é tida como o estopim desse movimento que acontece de forma singular no Brasil.

Em que pesem as conquistas sociais em saúde de forma ampla, vale destacar, em saúde mental, que desde a década de 70 os profissionais de saúde discutiam a assistência psiquiátrica e, a partir da generalização da crise no setor, começaram a emergir os primeiros movimentos de profissionais na área de saúde mental, em defesa de melhores condições de trabalho e assistência para os portadores de transtornos mentais (CARVALHO, 2001).

Em 1978, no Rio de Janeiro, trabalhadores de saúde se mobilizam para denunciar as péssimas condições de assistência oferecidas aos pacientes dos hospitais psiquiátricos, além de reivindicarem melhores condições de trabalho, e criam o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

Conforme refere Amarante (1996), este movimento assume um perfil teórico-técnico ligado aos profissionais dos hospitais psiquiátricos e depois se destaca como movimento social, ao contar com a participação de usuários dos serviços psiquiátricos e de seus familiares. Ampliando ainda mais sua abrangência, passa a ser constituído por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

A luta do movimento abrangia a crítica ao saber psiquiátrico e o questionamento das políticas de assistência psiquiátrica da época, por isso o objetivo era ser um espaço de debate e encaminhamento de propostas de transformação dessa assistência. Diferente das propostas da década de 60 que, segundo Amarante (1996), objetivavam transformações técnicas, o MTSM se destacava pela crítica ao saber psiquiátrico.

O movimento da Reforma Psiquiátrica desponta numa época de contestações sociais e articula-se num cenário de lutas, caracterizando-se também como uma questão política; relacionada à estruturação do sistema de saúde (CARVALHO, 2001). O pensamento neoliberal em expansão, pautado na lógica do acúmulo de capitais, na competição acirrada e agressiva e no individualismo, se contrapunha às propostas reformistas que despontavam.

Com a ampliação do MTSM⁵ surgiu o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA)⁶ que existe até a presente data e estrutura um conjunto de propostas e de organização técnico-

⁵ O MTSM transformou-se no atual Movimento de Luta Antimanicomial (MLA).

administrativa, sobre as intervenções psiquiátricas, para transformar a relação sociedade e doente mental (REINALDO; PILON, 2007).

Sobre a reforma psiquiátrica, cabe ampliar sua denominação para Reforma de Saúde Mental, pois abrangeu toda a área. Ela pode ser entendida como um processo social complexo. Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) postulam que é um processo, porque não tem fim determinado e abriga quatro dimensões que estão necessariamente inter-relacionadas:

- A dimensão epistemológica, que se refere aos conceitos e conhecimentos em saúde mental.
- A técnico-assistencial, que trata do modelo assistencial.
- A jurídico-política, que aborda as relações sociais em termos de cidadania e direitos.
- A cultural, dirigida à relação da sociedade com a loucura, a partir de uma proposta de transformação do lugar da loucura.

O Ministério da Saúde (MS), no documento intitulado “Diretriz para a Saúde Mental”, um dos primeiros documentos oficiais da Reforma Psiquiátrica, ainda na década de 80, prevê a substituição do modelo fechado, já que estava se constituindo uma visão mais ampla sobre o transtorno mental, a priorização do tratamento extra-hospitalar e outras reformulações (CARVALHO, 2001). Outro aspecto importante desse processo é o reconhecimento dos direitos sociais do portador de transtorno mental, com a reflexão sobre cidadania.

Nesse contexto, no ano de 1987, foram realizadas a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, que questionaram as instituições psiquiátricas e inseriram a sociedade no debate da questão (BICHAFF, 2006). Outro acontecimento importante, nesse ano, foi a inauguração, em São Paulo, do Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira, considerado o primeiro serviço público aberto para atendimento diário em saúde mental, no Brasil.

Em Santos, surgem os Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), no âmbito da saúde pública municipal, a partir de 1989. Com essas iniciativas os Naps e os Centros de Atenção

⁶ O MLA configura-se como um movimento social de crítica aos manicômios abrangendo políticas que garantam uma assistência efetiva em saúde mental.

Psicossocial (Caps), serviços de atenção diária desvinculados do hospital, são implantados em várias regiões e se caracterizam como pontos de extinção da internação, entendida anteriormente como única alternativa. (BICHAFF, 2006). Torna-se importante destacar que os Caps não abandonam os instrumentos da psiquiatria na atenção ao transtorno mental, mas pretendem ampliar a apreensão da problemática e seu tratamento (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

No final dos anos 80 ocorreu o debate e encaminhamento do projeto de lei 3.657/89, de autoria do deputado federal Paulo Delgado, que propunha a substituição gradativa dos leitos manicomial. Vale ressaltar que esse projeto, ou melhor, um substitutivo, só foi aprovado após 12 anos de tramitação no Congresso.

No ano de 1990 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS)⁷, estruturado a partir dos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. O primeiro postula a garantia de acesso de qualquer pessoa aos serviços de saúde públicos; o segundo, o direito igualitário à assistência, ou seja, o dever de atender igualmente a cada um, respeitando suas diferenças; e o terceiro, a atenção completa exigida para cada caso, cuidando do indivíduo como um todo (BRASIL, 1990).

Nesse mesmo ano houve a Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, convocada pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e Escritório Regional da Organização Mundial de Saúde (OMS). Daí surgiu a Declaração de Caracas, um documento que destaca a reestruturação da assistência psiquiátrica a partir de recursos, cuidados e tratamentos em saúde mental, baseados no respeito à dignidade e as direitos humanos e civis da pessoa, bem como em critérios racionais e tecnicamente adequados. Esse documento ainda defende o ajuste das legislações dos países e capacitação dos recursos humanos da área. O acordo proposto na Declaração de Caracas solicita o apoio de todos os setores estatais para a reorientação da assistência psiquiátrica nos países sul-americanos (BRASIL, 2004a).

⁷ Apesar da criação formal do SUS, a regulamentação só ocorreu após dois anos, com as leis 8080/90 e 8142/90. A primeira dispõe sobre a promoção, proteção, recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços, e a segunda aborda a participação social na gestão do SUS e transferências de recursos financeiros para a área de saúde (CARVALHO, 2001). Os princípios da lei de 1990 foram operacionalizados por normas (Norma Operacional Básica (NOB) SUS de 1992, NOB de 1993 e 1996) que organizam as políticas específicas de financiamento, investimento e responsabilidade das esferas municipal, estadual e federal para a saúde.

No Brasil, em cumprimento aos acordos firmados na Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do MS foi instituída a portaria 224, no ano de 1992, que regulamentou, no SUS, os Caps e os Naps definidos como unidades de saúde locais que atendem uma população definida e oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas, por equipe multiprofissional (BRASIL, 2004b).

Nessa portaria há referência sobre o trabalho multiprofissional, a descrição do perfil e composição da equipe técnica, no que se refere aos Caps, (por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e outros profissionais) e as atividades a serem desenvolvidas em saúde mental nas unidades básicas, além das diretrizes a serem seguidas na atenção em saúde mental.

A partir dessa determinação, os Caps são descritos como unidades de saúde de atenção diária para o tratamento de pessoas portadoras de transtornos mentais. Têm como objetivo oferecer cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, para substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004b).

Em Pernambuco, ainda no ano de 1992, a lei nº 9.717 instituiu a substituição progressiva dos hospitais psiquiátricos por redes de atenção integral à saúde mental e regulamentou a internação psiquiátrica de acordo com os parâmetros nacionais. Teve então início o processo de transformação da assistência psiquiátrica no Estado.

Diante desse contexto nos interessa saber como ficou a questão da assistência ao usuário de drogas, tão estigmatizado quanto o doente mental na sociedade. Para isso, vale a pena resgatar um pouco do contexto sócio-histórico e político nessa área, que, apesar de ter um percurso interligado ao da assistência em saúde mental, não se confunde com essa realidade.

1.2. O Consumo de Substâncias Psicoativas

O álcool, como droga lícita mais popular e antiga consumida desde 6.000 anos antes de Cristo, ao longo do tempo foi sendo incorporado à vivência social. No final do século

XVIII ele começa a ser visto como um problema. O primeiro autor a citar o uso indiscriminado do álcool como doença foi o médico americano Benjamim Rush⁸ (1745-1813), em 1810. Destaca-se que o problema do consumo de álcool ocasionou o debate pioneiro sobre a dependência e norteou essa atenção com relação às outras substâncias psicoativas (NORTO; FORMIGONI, 2002).

O uso imoderado de bebidas de alto teor alcoólico por sua aquisição de fácil acesso, levou o homem à embriaguez⁹. Nos Estados Unidos o conceito de dependência química foi bastante questionado. As duas áreas que debateram o assunto foram a Medicina e a Justiça. Existia o entendimento médico e o judicial. O primeiro, pautado numa visão sobre a doença mental, e o segundo, a partir do direito penal que, apesar de apresentarem perspectivas diferentes, atuavam de forma complementar, sendo requisitada a intervenção médica ou judicial nos casos em que a ação isolada de um não solucionava o problema (SÁAD, 2001).

Na segunda metade do século XX a produção e comercialização das substâncias psicoativas passaram a ser clandestinas (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003). Foram estabelecidos os princípios de controle internacional antidrogas e confirmou-se o modelo proibicionista e repressivo, como forma de enfrentar a problemática do uso abusivo e dependência de drogas.

Por conta dessa situação foi sancionada no Brasil, em 1976, a lei n°. 6.368 que trata das medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes que causem dependência física ou psíquica. Destaca-se que essa legislação é composta por cinco capítulos: prevenção, tratamento, recuperação dos crimes e das penas e disposições gerais, os quais não preveem ações relativas ao consumo abusivo de drogas lícitas, como o álcool. Essa não foi a primeira lei brasileira a abordar a questão das drogas; leis anteriores¹⁰ trataram do assunto numa perspectiva estatal de proibição e repressão (GOMES; SILVA; SILVA, 2005).

⁸ Para Rush, os bêbados eram adictos à bebida, sendo a dependência progressiva e gradual (SÁAD, 2001).

⁹ A embriaguez foi descoberta como doença no século XIX e diz respeito ao estado de ebriedade provocado pelo álcool (SÁAD, 2001).

¹⁰ Decreto Lei n° 891, de 25/11/1938, Decreto n° 54216 de 27/08/1964, Decreto Lei n° 785, de 25/08/1969 e Lei n° 5726, de outubro de 1971 (REALE JUNIOR et al, 2005).

Em relação ao tratamento, essa lei dispõe sobre a hospitalização, sempre que o quadro psicopatológico e clínico do usuário exigir, e prevê a terapêutica extra-hospitalar e ambulatorial. Muitas brechas podem ser encontradas nesse documento legal, inclusive a falta de esclarecimento sobre a quantidade de droga que distingue o usuário e o traficante. Hoje existe uma definição mais coerente sobre uso, abuso e dependência¹¹ de drogas, como também sobre a demarcação entre uso e tráfico. A lei antitóxicos continua vigorando com algumas alterações, mas deixou de ser o único mecanismo utilizado pelo Estado para a regulamentação da questão das drogas.

Nesse âmbito a lei nº 11. 343/06 substitui as leis nºs. 6368/76 e 10.402/02 e institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, com a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

Esta lei torna mais severas as penas de tráfico e não descriminaliza qualquer tipo de droga. Apesar de o porte de drogas continuar sendo crime, as ações direcionadas aos usuários e dependentes mudaram das penas de restrição de liberdade para medidas sócioeducativas que distinguem nitidamente usuários, dependentes e traficantes. As novas disposições consideram o fim do tratamento obrigatório para dependentes de drogas e prevêem a concessão de benefícios fiscais para iniciativas de prevenção, tratamento, reinserção social e repressão ao tráfico (DUARTE; BRANCO, 2006).

Todas essas ferramentas utilizadas pelo Estado têm como objetivo minimizar os custos em segurança e saúde, já que estudos, no Brasil, revelam que os danos causados pelo uso abusivo de drogas estão relacionados a violência, agressão, mortes, problemas familiares e perdas afetivas, como também resultam em internamentos e atendimentos de emergência, onerando os custos em saúde aos cofres públicos (ANDRADE; RONZANI, 2006; CRUZ; FELICÍSSIMO, 2006). Nessa assistência sabe-se que a preocupação com a terapêutica do álcool e outras drogas não é de hoje e existem diversos tipos de abordagens e tratamentos, como será abordado adiante.

¹¹ De acordo com Bordin, Figlie e Laranjeira (2004), há diferenças entre uso, abuso e dependência, definindo-se uso como qualquer consumo de substância experimental, esporádico ou episódico; abuso ou uso nocivo, como um consumo associado a algum prejuízo e dependência como um consumo sem controle.

1.2.1. O tratamento do uso abusivo de drogas como doença mental

Abordar essa problemática da atenção dispensada aos usuários de drogas significa propor reformulações, principalmente ideológicas, porque, no Brasil, há ainda um entendimento de que o uso abusivo de drogas é uma questão de caráter, pertinente à área judiciária (SÁAD, 2001). Quando considerada como uma questão de saúde, ela passa pela psiquiatria, que tem o hospital psiquiátrico como alternativa, apesar de ser uma concepção repensada em todo o mundo.

A consideração da complexidade do consumo de drogas sob uma ótica científica implicou no surgimento de novas estratégias de tratamento, a partir da ampliação do conceito de dependência química¹² como doença biopsicossocial, ou seja, uma enfermidade orgânica crônica inter-relacionada aos aspectos psíquicos, emocionais e sociais da vida da pessoa (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

A partir dessa percepção houve a evolução dos modelos de tratamento em álcool e outras drogas, do regime de internação psiquiátrica para uma abordagem comunitária, assunto que será tratado adiante, com mais profundidade (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Não obstante essa realidade, Souza e Kantorski (2007) mencionam que existem dois modelos de abordagem ao problema das drogas: o modelo biomédico e o modelo geopolítico estrutural. O primeiro visualiza o uso de drogas como enfermidade e as intervenções são direcionadas também para a comunidade. O segundo considera fatores políticos, judiciais, econômicos e geográficos e concentra ações em medidas de controle e nas estruturas governamentais.

Considerando essa leitura, no modelo biomédico as intervenções assistenciais destinadas ao público usuário de álcool e drogas no Brasil eram baseadas na hospitalização psiquiátrica, ou seja, em instituições totais que, na linha de pensamento de Goffman (1996),

¹² De acordo com a décima versão da Classificação Internacional das Doenças (CID 10); a dependência química ou síndrome da dependência é conceituada como um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância ou classe de substâncias torna-se prioritário em relação a outros comportamentos que tinham maior importância para um determinado indivíduo.

seriam aqueles locais de controle e reclusão que condicionam progressivamente o afastamento dos internos da sociedade e da condição de cidadão (SILVA; OLIVEIRA; BARROS, 2001).

De um modo geral, a internação ocorria: em hospitais psiquiátricos, comunidades de cunho religioso-social e comunidades terapêuticas. Apesar da assistência favorecer a abstinência e outras vezes proteger a vida do usuário de drogas, caracterizou-se como um tratamento inadequado, pela ruptura total com o mundo externo. Embora a terapêutica aos usuários de drogas fosse de competência da psiquiatria, os mesmos não se consideravam como pacientes psiquiátricos.

Pela inserção no campo da saúde mental, esses pacientes passavam pelas mesmas intervenções destinadas aos “doentes mentais”, participando do processo evolutivo da assistência nessa área, que, por mais de um século, teve como base o modelo centrado na internação em asilo, principal forma de tratamento, não ocorrendo grandes mudanças nessa assistência, como já discutido anteriormente.

A psiquiatria preventiva surgiu, no Brasil, pautada na higiene psíquica individual e prevenção das doenças mentais. Sobre a questão das drogas foi desenvolvida a abordagem preventiva que programou medidas para impedir ou reduzir o consumo abusivo (SÁAD, 2001).

Nas décadas de 40 e 50 acreditava-se que os dependentes químicos eram portadores de um fator biológico que impedia o controle do consumo de drogas (MELCOP; CAMPOS; FRANCH, 2002). A “patologia” ou o “vício” era considerado segundo o caso e o tipo de drogas e o consumidor era visto como vulnerável aos contatos delinquentes, sendo as “advertências” educativas escassas e o discurso preventivo pouco eficiente. O que predominava a despeito do discurso sobre a doença eram o estereótipo moral e a hospitalização ou internação do usuário abusivo de drogas (OLMO, 1990).

Na perspectiva global de questionamentos e críticas ao modelo psiquiátrico de atenção à saúde mental, a questão do álcool deixa de ser vista como um problema de caráter fraco, ligado à personalidade do indivíduo, para ser entendido como doença (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004). A aceitação dessa premissa pelo sistema de saúde institucionalizado, no entanto, não foi fácil e, em 1935, nos Estados Unidos, dois ex-alcoólatras criaram o grupo dos alcoólicos anônimos (AA). O surgimento dos AAs tinha e tem como base a ajuda mútua e o modelo de fortalecimento espiritual (SÁAD, 2001).

No Brasil, ele surgiu em 1948, com a proposta de tratamento do alcoolismo como uma doença física, psicológica e espiritual incurável, mas possível de controlar pela abstinência¹³. Até hoje, os grupos de AA espalhados por todo o mundo pautam suas ações pela metodologia dos 12 passos¹⁴, considerada um guia para a sobriedade. Esse tratamento tem sido conhecido também como Modelo Minnesota, o qual se baseia na concepção da dependência química como doença multifacetada e multidimensional e tem como princípios o tratamento e não a cura; dessa forma, o paciente aprende a viver na condição de doente crônico (CRUZ; FERREIRA, 2001; RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Apesar de válido, o Modelo Minnesota desperta polêmicas e apresenta restrições, por abordar a dependência química a partir de considerações científicas e experienciais que dificultam a compreensão do processo terapêutico.

Outra iniciativa que constituiu alternativa ao hospital psiquiátrico como espaço de tratamento para usuários de drogas foi o movimento da Comunidade Terapêutica (CT), que surgiu em 1953, na Califórnia, Estados Unidos. Essa abordagem, decorrente da experiência dos AAs, inicialmente foi destinada a pacientes de heroína e previa uma ajuda mútua através da troca de experiências e mudança do comportamento relacionado aos aspectos emocionais, atitudes mais maduras, construção da identidade e integração social (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

As comunidades terapêuticas iniciaram uma convivência mais de perto com a dependência química, quebrando o isolamento, a hierarquia médica e compartilhando as decisões (CARVALHO, 2001). Nesse aspecto, a equipe da comunidade terapêutica apresenta formato inovador, devido à composição feita por técnicos de saúde e ex-usuários ou pacientes. Nessas instituições, porém, existe uma hierarquia, e os membros visam alcançar privilégios, postos de conselheiros ou coterapeutas, auxiliando-os na valorização pessoal e na manutenção de um novo estilo de vida (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Em Porto Alegre, na década de 60, surgiu uma clínica protótipo das Comunidades Terapêuticas e, no Rio de Janeiro, esse modelo foi inserido no Centro Psiquiátrico D. Pedro

¹³ Restrição ou interrupção do consumo e uso de drogas (CRUZ; FERREIRA, 2001).

¹⁴ Os 12 passos são uma filosofia para atingir e manter a abstinência e pauta-se em sugestões formuladas pelos primeiros alcoolistas que tiveram sucesso no tratamento (MELO; FIGLIE, 2004).

II. Nesse período, essas comunidades caracterizadas como ambientes de tratamento e popularmente conhecidas por “fazendas” ou “sítios, foram estruturadas para atender os casos de dependência do álcool e outras drogas. (RIBEIRO; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

Nessa perspectiva em saúde, a deficiência na terapêutica em álcool e outras drogas propiciou a ampliação de espaços alternativos de tratamento e dos grupos sociais, tais como as Comunidades Terapêuticas e os grupos Narcóticos Anônimos (NA), Alcoólicos Anônimos, Grupo Nicotina Anônimos (GNA), Desafio Jovem, Grupo Tô Limpo e Sara Vida, que se constituem como equipamentos complementares ou alternativos ao SUS (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

1.2.2 A assistência em drogas no Brasil e o SUS: o surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas

É importante considerar que, em meados da década de 90, ocorreram, no Brasil, mudanças no discurso com relação às drogas, como também aumentou a compreensão sobre a dependência e as dificuldades interligadas ao uso abusivo. Nesse período também ocorreram reformulações nas políticas e legislação específica sobre drogas, como o 1º Fórum Nacional Antidrogas (em 1998), que iniciou a elaboração da Política Nacional Antidrogas, concluída em 2001, no II Fórum Nacional Antidrogas. Vale salientar que no ano de 2000, foi apresentado, pela primeira vez, o Plano Nacional Antidrogas e, após dois anos, foi instituída, pelo decreto nº 4345, a Política Nacional Antidrogas (PNAD), que foi realinhada em 2004 e passou a se chamar Política Nacional sobre Drogas (DUARTE; BRANCO, 2006).

Em 1998 houve uma abertura para a proposta de redução de danos no uso de drogas, aprovada pelo Ministério da Saúde, entendida como o direito ao consumo, além do acesso a informações que possam fazer que tal consumo ocasione os danos mínimos possíveis ao usuário de drogas. As ações iniciais nesse sentido foram realizadas pelo Programa DST/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) que assume a troca de seringas como forma de minimizar o risco de contaminação pelo HIV em usuários de drogas injetáveis (VAISSMAN, 2002).

A redução de danos como eixo central do atendimento aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas busca diminuir o risco no consumo de drogas, sem a exigência da interrupção imediata do uso, incluída na política como um caminho possível que não exclui outros, mas reconhece as singularidades dos sujeitos e busca com estes a co-responsabilidade pela defesa de suas vidas (BRASIL, 2003).

Ela ainda permite a flexibilização na elaboração dos projetos terapêuticos adequando-os às necessidades dos usuários (BRASIL, 2003). Sendo assim, a abstinência, apesar de estimulada, não é o único objetivo a ser alcançado (MARLATT, 1999). Buscam-se alternativas para a construção da autonomia e projetos de vida.

Visto que essa é uma estratégia recente, destacamos que, até 2001, a saúde pública não havia desenvolvido ações sistematizadas de tratamento e prevenção em álcool e drogas, o que existiam eram poucos ambulatórios e serviços especializados para o tratamento que não funcionavam de forma articulada (DELGADO; CORDEIRO, 2006)

A III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 pressionou a aprovação da Lei nº 10.216, de 06/04/2001, conhecida como Lei Paulo Delgado, legalizando o novo caráter assistencial em saúde mental. Além de dispor sobre a proteção e os direitos da pessoa com transtorno mental, redireciona o modelo assistencial e propõe a criação dos Capsad a partir de uma política para usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004a).

Em 2002, a portaria nº 336/02 do MS estabelece os Centros de Atenção Psicossocial em cinco modalidades: Caps I, Caps II, Caps III, Capsi II e Capsad II¹⁵, classificados quanto ao tamanho (estrutura física), especificidade da demanda e definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Os Caps são regulamentados para realizar atendimento a pessoas com transtornos mentais em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo¹⁶ (BRASIL, 2002a). Essa portaria também define o financiamento

¹⁵ De acordo com a portaria nº 336/02 os Caps I, II e III são estruturados para o atendimento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes em áreas populacionais de 20.000 a 70.000, 70.000 a 200.000 e acima de 200.000 habitantes. O Caps III funciona 24 horas, durante os sete dias da semana, e entre os Caps II tem-se os Capsi destinados ao atendimento da infância e adolescência, em população acima de 200.000 habitantes, e o Capsad para usuários de álcool e outras drogas, em áreas acima de 100.000 habitantes.

¹⁶ Entende-se por atendimento intensivo aquele destinado a usuários que, em função do seu quadro clínico, necessitem de acompanhamento diário; atendimento semi-intensivo, ao usuário que necessite de acompanhamento frequente; não sendo obrigatório a presença diária no serviço; e não-intensivo, atendimento ao usuário com frequência menor (BRASIL, 2002a).

do Caps via Ministério da Saúde pelo sistema de autorização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade (Apac).

Os Capsad têm como objetivo oferecer atendimento diário à população que apresenta graves transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, (álcool e outras drogas), respeitando uma área de abrangência definida. Esses serviços encontram-se em expansão, caracterizando uma atenção recente (BRASIL, 2004b), ou seja, apenas há sete anos os Capsad integram o sistema de saúde, já que os primeiros foram inaugurados a partir de 2002. Atualmente, segundo o MS, existem aproximadamente 160 CAPSad funcionando no país (BRASIL, 2007).

Neste campo de ação, em 2003 o Ministério da Saúde criou o Grupo de Álcool e outras drogas (Gaod), formado por técnicos de várias áreas, com o objetivo de definir uma política específica para álcool e outras drogas, sendo publicada, no mesmo ano, a Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (DELGADO; CORDEIRO, 2006).

Esta política está centrada no atendimento integral e diversificação dos serviços terapêuticos, envolvendo ações preventivas, de reabilitação, educação e promoção da saúde. Ela aborda a questão do uso de substâncias psicoativas como problema de saúde pública e apresenta a redução de danos¹⁷ como estratégia de atuação, propondo a superação do estigma sobre os usuários de drogas, bem como orienta a implantação do Capsad.

Baseada nas propostas acima mencionadas, os Capsad oferecem atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, através de um programa terapêutico elaborado por uma equipe multidisciplinar (BRASIL, 2003, 2004b). A assistência prestada compreende:

- atendimento individual – prescrição de medicamentos, psicoterapias, e orientação;
- atendimento em grupos – como oficinas e grupos terapêuticos culturais, atividades esportivas e de reinserção social;
- atendimento à família – particular ou em grupo, compreendendo também visitas e atendimentos domiciliares;

¹⁷ No Ministério da Saúde essa estratégia está registrada no artigo 4º da portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004.

- atividades comunitárias – desenvolvidas em conjunto com associações e outros recursos da comunidade;
- assembléias ou reuniões de organização do serviço – espaços de convivência onde são discutidos os problemas, atividades e organização do serviço.

O serviço ainda possui leitos de repouso, com a finalidade exclusiva de tratamento da desintoxicação, para pacientes que não necessitem de um tratamento mais específico, que demande internamento hospitalar.

A assistência aos usuários de álcool e drogas deve ser encarada considerando sua enorme complexidade; nesta perspectiva, a construção de uma rede de atenção não inclui apenas a implantação de Capsad, mas também a formação e capacitação da equipe multidisciplinar, assim como a conexão com os demais recursos disponíveis.

A rede de atenção é resultado da articulação dos serviços de saúde e dos outros recursos existentes no território¹⁸. Nesse processo, os Capsad assumem um papel estratégico na função de gerenciar, capacitar, acompanhar e supervisionar as ações em álcool e outras drogas feitas no território, pelos profissionais dos diversos equipamentos de saúde (CRUZ; FERREIRA, 2006). Sendo assim, as equipes dos Capsad devem fornecer apoio às equipes da atenção básica.

No SUS preconiza-se uma assistência integral e de suporte social, composta pelos serviços de saúde, educação, trabalho, cultura e esporte. Os recursos são formados pelos serviços tradicionais (ambulatórios, grupos de ajuda e oficinas), hospitais gerais, serviços residenciais terapêuticos, Casas de Passagem ou Abrigos, Comunidades Terapêuticas, Centros Comunitários e de Convivência, entre outros, que devem se integrar para desenvolver ações assistenciais (CRUZ; FERREIRA, 2006).

Na atenção básica (Programas de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e Programa de Saúde da Família (PSF)), o Ministério da Saúde tem privilegiado a capacitação das equipes de saúde da família, para atender a demanda específica e realizar os devidos encaminhamentos.

¹⁸ O território é uma área geograficamente delimitada, constituída por pessoas que nela vivem, e por suas relações de família, amigos, vizinhança, trabalho e instituições, permeadas por interesses e conflitos (BICHIAFF, 2006, p. 31).

O atendimento de casos de urgência/emergência relacionados a álcool e outras drogas é realizado pelos Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e outras Drogas (SHRad) ou Unidades de Desintoxicação (UD), que funcionam nos Hospitais Gerais e são regulamentados pela Portaria GM/MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004 (BRASIL, 2007).

Em suma, as ações previstas para o Capsad são realizadas por uma equipe de profissionais que, conforme a Portaria nº 336/02, deve ser composta por, no mínimo, 01 médico psiquiatra, 01 enfermeiro com formação em saúde mental, 01 médico clínico e 04 profissionais de nível superior (podendo ser psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo, ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico), além de 06 profissionais de nível médio e funcionários de apoio para os serviços de limpeza, alimentação e segurança. Essa estrutura varia conforme a complexidade/porte do Caps, cuja capacidade máxima é de atendimento de 25 pacientes por turno, limitando-se a 45 usuários/dia (BRASIL, 2002a).

A forma de funcionamento dos Capsad implica no estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais, considerados corresponsáveis pela terapêutica, através da construção e implementação de um projeto terapêutico individual. Nesse contexto, os profissionais vivenciam um cotidiano marcado por atribuições, como o acompanhamento dos usuários e intervenções que demandam a instrumentalização, sensibilização e preocupação com a qualidade dos serviços terapêuticos oferecidos.

Com a criação e regulamentação dos Capsad pela portaria GM nº 336/2002, do Ministério da Saúde, houve necessidade de organizar o Programa de Formação e Capacitação de Recursos Humanos na rede SUS. O objetivo desse programa foi capacitar os profissionais para atuar nos equipamentos a serem implantados ou em implantação através de cursos de especialização, atualização e informação técnica sobre a questão de álcool e drogas, dentro de uma perspectiva ampliada de saúde mental (BRASIL, 2003).

Os recursos humanos são considerados elementos fundamentais para a concretização dos objetivos esperados na política. Dessa forma, a capacitação e formação técnica são abordadas numa perspectiva multiprofissional, considerando-se a bagagem específica de cada profissional e o tipo de intervenção em cada nível de assistência (BRASIL, 2003).

O trabalho multiprofissional ressalta que as práticas terapêuticas não devem ser fundamentadas, apenas, no saber médico e/ou do psiquiatra, ou ainda em modelos de

exclusão/separação do convívio social. Mas, de forma integrada, entre profissionais de diferentes formações atuando num mesmo campo.

O Ministério da Saúde, através da portaria nº 1.174/2005, cria o incentivo financeiro para o desenvolvimento do Programa de Qualificação do Caps, que inclui: supervisão clínico-institucional, ações de atenção domiciliar e em espaços comunitários, ações de acompanhamento integrado com a rede de atenção básica no território, realização de projetos de estágio e treinamento em serviço articulado com centros formadores e desenvolvimento de pesquisas, em articulação com diversos núcleos de produção acadêmica (BICHAFF, 2006). Esse incentivo compreende um valor que varia de 10 a 6.000 reais para cada Caps repassados aos fundos dos Estados e municípios em três parcelas, condicionadas a análise de relatórios mensais, com duração de um ano e de caráter emergencial.

Sobre essa questão da qualificação, o documento da Política de Atenção Integral em Álcool e Outras Drogas refere à ausência do tema álcool e drogas nos cursos de graduação e pós-graduação e a dificuldade dos profissionais em situarem o diagnóstico nessa área. Pode-se dizer que as limitações não se restringem ao âmbito técnico, mas também estão presentes nas atitudes de preconceito, estigma e exclusão social (BRASIL, 2003).

Compreende-se que o texto da Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas preconiza ações de saúde específicas e em rede, para atender ao público de álcool e outras drogas, no entanto, essas construções, apesar de fundamentadas em um documento oficial, não se oficializam com a mesma rapidez no cotidiano social. A mudança e afirmação de uma lógica terapêutica exigem uma visão sobre o fenômeno que perpassa a cultura e a sociedade, principalmente a partir da questão da inclusão social como objetivo terapêutico.

A implantação dos Capsad reflete a constituição de equipes inéditas na área de intervenção terapêutica em álcool e outras drogas e a expectativa depositada nos serviços é repassada aos profissionais que, na prática, se deparam com muitos desafios.

1.2.3 Os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas no Recife

De acordo com a Coordenação Nacional em Saúde Mental, até novembro de 2005 existiam cinco Capsad implantados em Pernambuco (BRASIL, 2005). Hoje, só no Recife existem seis unidades em funcionamento.

No entanto, até pouco tempo atrás não havia, na Secretaria de Saúde do Recife, uma coordenação específica para as questões relativas ao álcool e outras drogas. Foi instituída, em 2003, com a separação das questões de transtorno mental e do álcool e drogas, a Coordenação da Política Municipal de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e outras Drogas, na qual se inclui o Programa Mais Vida, responsável pelas atividades que vão desde a divulgação de informações sobre drogas, consumo, riscos e conseqüências, até o tratamento e reabilitação das pessoas que fazem uso abusivo da droga (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

Este Programa gerencia o funcionamento do Capsad, Casas do Meio do Caminho (Albergues Terapêuticos), Unidade de Desintoxicação (UD) e os ambulatórios nas policlínicas. A UD funciona no Hospital Geral Oscar Coutinho, tendo 16 leitos disponíveis, mas outros hospitais também oferecem assistência nessa área, como o Hospital da Mirueira, Hospital Geral Pam de Areias e o Hospital Otávio de Freitas.

O primeiro Capsad na cidade do Recife foi inaugurado em 2004. Atualmente, essa cidade tem seis serviços, distribuídos nos distritos sanitários (DS)¹⁹, que abrangem regiões delimitadas. São eles: Capsad Espaço Prof^o Luiz Cerqueira (DS I), Capsad Estação Vicente Araújo (DS II), Capsad CPTRA (DSIII), Capsad Eulâmpio Cordeiro (DS IV), Capsad Espaço Travessia René Ribeiro (DS V) e Capsad Prof^o José Lucena (DS VI), além de um Centro de Referência para Mulheres Jandira Mansur (DS II). Recentemente, houve a inclusão dos Agentes Redutores de Danos nos territórios com a concepção filosófica e pragmática da redução de danos (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

O programa de assistência e atenção ao uso abusivo e dependência de drogas baseia-se numa rede de abrangência territorial descentralizada e hierarquizada, estruturada em três níveis, segundo o Programa de Redução de Danos:

¹⁹ Recife possui seis Regiões Político-Administrativas (RPA), e nestas, seus respectivos Distritos Sanitários.

Nível I – considerado a porta de entrada, formado pelos serviços e ações da atenção básica: Pacs, PSF, Agentes Redutores de Danos (ARD), Unidades Básicas de Saúde, Samu (Serviço de atendimento médico de urgência), além da Academia da Cidade, Círculos Populares de Esporte e Lazer e grupos de apoio, como os A.A e N.A.

Nível II – formado pelos Capsad e a rede ambulatorial.

Nível III - compreende os serviços de maior complexidade, são os Albergues Terapêuticos, Unidade de Desintoxicação e Políclínicas.

A Política de Redução de Danos, discutida desde 2000, direciona a assistência municipal em álcool e outras drogas.

Esta política está centrada em ações intersetoriais e multidisciplinares, envolvendo práticas educativas e campanhas com interface nos setores de educação, lazer, cultura, trânsito, segurança dentre outros. O modelo divide-se em três eixos de abordagem: 1º - promoção, proteção específica e redução de danos, 2º - assistência à saúde: tratamento e reabilitação e 3º - perspectiva epidemiológica (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2007).

No primeiro eixo são formuladas ações junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de ação avançada, com a finalidade de capacitá-las para atender casos que não demandem tratamento no Capsad, através do acompanhamento, orientação e sensibilização aos usuários de álcool e outras drogas.

A equipe de ação avançada participa da realização de encaminhamentos dos casos mais difíceis que exijam uma avaliação psiquiátrica mais detalhada. Os Redutores de Danos (RD's) são os articuladores desse processo, pela atuação na comunidade através da relação com os diversos atores e equipamentos sociais e de saúde locais. Eles acompanham os usuários participando do processo terapêutico e atuam na comunidade.

Esses agentes estão vinculados ao Capsad e participam de diversas atividades e grupos nesses centros. Cumpre esclarecer que esses profissionais se destacam como atores importantes e novatos no quadro, tão recentes quanto os dispositivos com o qual estão ligados (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2007).

Outra iniciativa da Secretaria de Saúde do Recife refere-se à abordagem e destaque da questão do tabagismo, que ganhou uma coordenação própria a Coordenação de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, incluída em 2003 ao Programa Mais Vida. Essa coordenação, seguindo a orientação do Instituto Nacional do Câncer (INCA) e da gestão

municipal, trabalha com a perspectiva dos Ambientes Livres do Fumo, projeto iniciado na Prefeitura do Recife, em 2002.

Dentro dessa estrutura, o modelo de atenção à saúde integral aos usuários de álcool, fumo e outras drogas encontra-se hierarquicamente estruturado em níveis de atenção conforme a figura 1.

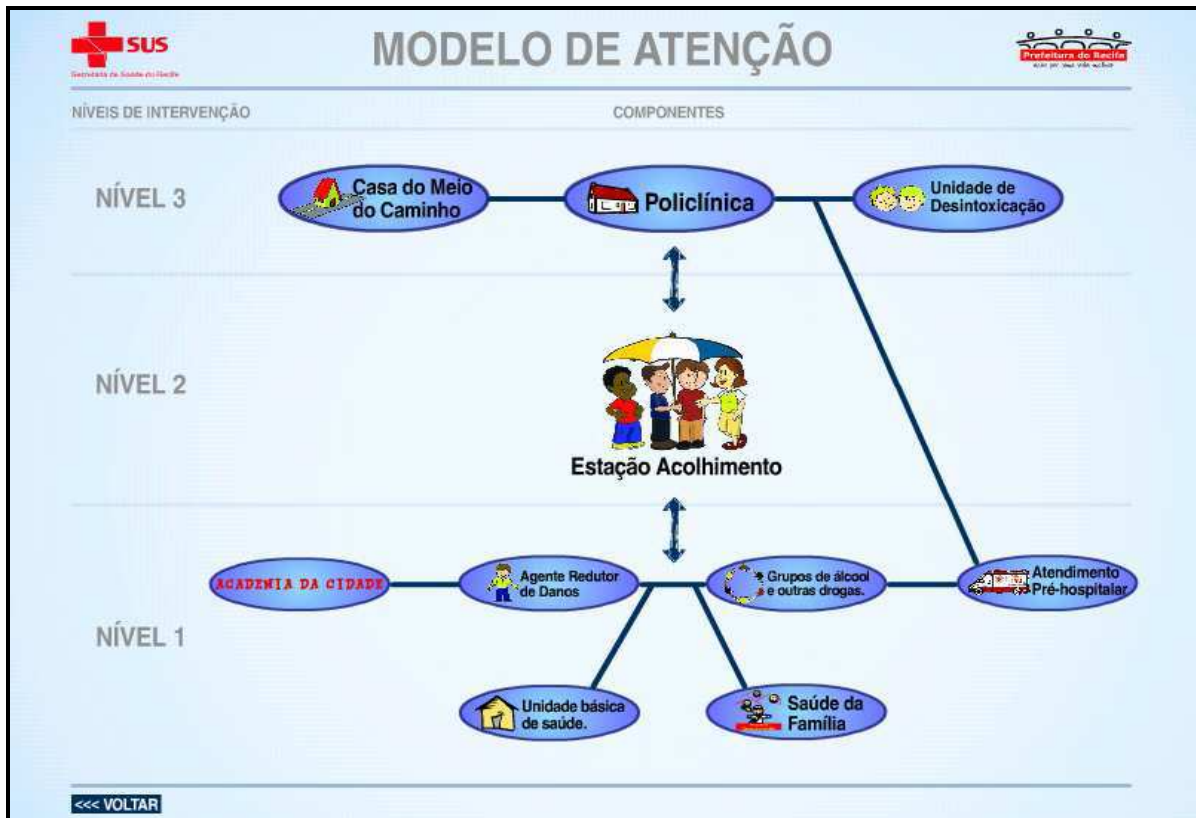


Figura 1: Modelo de Atenção à Saúde Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e Outras Drogas de Recife. Fonte: Programa Mais Vida, Secretaria de Saúde do Recife (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

Com relação aos outros equipamentos que compõem a rede de atenção à saúde mental destaca-se que, além dos seis Capsad, há 3 Albergues Terapêuticos, sete Caps de transtorno, dois Caps infantis, 12 residências terapêuticas, 65 ambulatórios de psicologia, 30 de psiquiatria e, por fim, cinco hospitais psiquiátricos.

Essa estrutura constitui um panorama em transição na cidade do Recife comportando dispositivos recentes (Caps) e estruturas conservadoras (hospitais psiquiátricos). É importante destacar que na expansão dessa política houve a mudança da assistência estadual, centrada em dois serviços (CPTRA – Centro de Prevenção, Tratamento e Recuperação do Alcoolismo e Centro Eulâmpio Cordeiro) para uma atenção municipalizada integrada ao SUS, o que não ocorreu sem confrontos políticos.

De um modo geral, a atenção municipal em álcool e drogas é promissora, porém revestida de embates políticos, desafios terapêuticos e luta de interesses sociais. As instituições e a organização do sistema dimensionam uma realidade de conquistas empolgantes e expõem limitações quanto à abrangência terapêutica das iniciativas e articulação dos serviços em rede, no entanto, as mudanças alcançadas são por si só uma grande conquista.

1.3 A abordagem da questão

Partindo do contexto descrito até o momento consideramos que a problemática da terapêutica para dependentes de álcool e drogas está inscrita no campo do distúrbio mental, numa conjuntura de políticas públicas em fase de grandes transformações. Nesse aspecto, a adequação das novas práticas terapêuticas a esses novos paradigmas exige a constituição de equipes multidisciplinares que desenvolvam um trabalho de maneira articulada; no entanto, na prática, essas equipes não apresentam uma qualificação nem experiência consolidadas. Sendo assim, o problema central dessa pesquisa se orienta para estudar as práticas operativas dessas equipes, suas potencialidades e dificuldades, tendo em vista a tarefa que institucionalmente lhes cabe.

Essa situação traz à tona alguns questionamentos sobre a prática profissional no Capsad, dentre eles: Como está sendo construída a dinâmica de equipe? O que foi proposto pelo modelo psicossocial repercute na prática dos Capsad? Como a equipe técnica se articula nesse contexto?

As equipes trabalham para viabilizar as ações previstas no projeto terapêutico da atenção psicossocial. Com isso, a práxis relacionada a essa atenção pode ser (re) dimensionada quanto ao objetivo que é transposto da doença mental para o entendimento da existência-sofrimento, conceito que refere o sujeito e sua experiência como centro das intervenções (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUIO, 2003).

Sobre essa questão, vale ressaltar que o trabalho em equipe na saúde mental surge da necessidade de uma visão mais ampliada da pessoa em sofrimento psíquico, bem como do contexto no qual ela está inserida.

Nesse sentido, Bichaff (2006, p. 175) refere que

No campo da saúde mental, o trabalho em equipe é considerado fundamental para promover a transformação das práticas substitutivas ao modelo hospitalocêntrico, como possibilidade de construir uma visão ampliada sobre as múltiplas questões que a atenção aos usuários coloca aos trabalhadores e partindo desta nova visão, produzir práticas inovadoras. Esta expectativa só pode ser contemplada se considerarmos uma equipe que consegue conversar, articular ações conjuntamente, integrar seus elementos e fundamentalmente construir novos saberes e práticas.

Destaca-se, então, que o fato de vários profissionais trabalharem juntos não implica necessariamente uma ação integrada. Pinho (2006) menciona a existência de situações específicas nas equipes de saúde que causam impacto na sua estruturação, e conseqüentemente, no seu funcionamento. Entre elas podem ser mencionadas: a dominância de um discurso profissional particular, falta de confiança interprofissional e relações de poder entre profissões (PINHO, 2006).

Peduzzi (2001) aponta o aspecto fragmentário da prática em saúde e justifica que a proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Dessa forma, a concepção de trabalho em equipe vincula-se à de processo de trabalho, passível de transformações ao longo do tempo (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Um dos aspectos a considerar nessa dinâmica é o conflito. Este pode emergir por divergências de opiniões e necessariamente não implica em uma ocorrência negativa. Através do conflito, a equipe também pode crescer e desenvolver-se (PINHO, 2006).

Bichaff (2006), em sua pesquisa sobre o trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial, discorre sobre as dificuldades na vivência cotidiana em equipe multiprofissional, no que se refere à organização do trabalho. Ela menciona a divisão burocrática das tarefas, a falta do trabalho em conjunto e de garantia da responsabilidade coletiva. Destaca ainda as reuniões, caracterizadas como momentos de divisão de tarefas e relatos de acontecimentos, ao invés de situações de integração e ação coletiva.

Nesta perspectiva incluo as observações que realizei sobre a equipe técnica em um Capsad no Recife, por ocasião do estágio supervisionado (DANTAS, 2006), durante a graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Observei que a proposta do modelo psicossocial não se concretizava no Serviço, idealizado para ser um centro empreendedor de projetos de vida, devido à falta de entrosamento entre os membros da equipe.

Mesmo nos casos de solicitação de respostas conjuntas por parte da rotina do serviço apenas alguns profissionais expressavam a sua opinião, sem uma implicação coletiva. Quanto ao planejamento e realização de ações, a equipe não alcançava uma decisão compartilhada. A reunião da equipe técnica era resumida à contraposição dos profissionais, o que refletia na prática desarticulada.

Menciona-se que, nessa prática, a questão fundamental central básica é organizar as ações que possam ser coletivas, gerenciar as demandas concretas e abstratas do trabalho e funcionar conforme os princípios do modelo psicossocial. Apesar do investimento político em qualificação de pessoal, torna-se preponderante considerar que as questões com as quais os profissionais se defrontam ultrapassam o âmbito da técnica e se colocam como desafios sociais, éticos e mesmo políticos.

Cabe destacar que as transformações em saúde mental e especificamente na terapêutica e práticas profissionais no Capsad não são homogêneas, elas ocorrem permeadas por riscos, contradições e provisoriedade (LEAL, 2001). No entanto, há uma tendência em delinear um perfil de equipe “perfeita”, a partir de fórmulas de equipe ideal e de sucesso. Essa compreensão, alinhada aos princípios administrativos, pauta-se em metas e objetivos concretos e na programação de atividades com fins determinados.

Nesse sentido, até que ponto as diretrizes políticas e o referencial de atenção psicossocial orientam a prática dos profissionais? E como é a prática do trabalho em equipe para os profissionais que vivenciam essa realidade?

Não há como desconsiderar que o Capsad é um espaço político-clínico marcado por resistências e conflitos que emergem na vivência das situações (REIS; GARCIA, 2008). O campo da saúde mental é atravessado por embates de saber e poder que transpõem a questão dos conhecimentos, eixos teóricos e vertentes ideológicas (STOCKINGER, 2007).

Diversos estudos sobre a política de saúde mental e prática profissional têm abordado a prática desenvolvida nos Caps (Peduzzi, 2001; Pinho, 2006; Ramos, 2003; Bichaff, 2006). Considera-se, no entanto, que na área de estudos sobre o álcool e outras drogas a literatura ainda é restrita e muitas reflexões que poderão ampliar a compreensão do tema estão em fase de construção nos meios acadêmicos, em institutos de pesquisa e nos cursos especializados, com novas indagações e questionamentos que certamente oferecerão subsídios para melhor elucidar questões fundamentais à compreensão do tema. Essa reflexão torna-se importante

como meio de contribuição para a melhoria dos serviços psicossociais em álcool e drogas. A seguir abordaremos os modelos de tratamento para o uso abusivo de álcool e outras drogas e a evolução dessa assistência focalizando o modelo psicossocial e a estrutura de trabalho em equipe.

2. DA TERAPÊUTICA À PRÁTICA DA EQUIPE NO USO ABUSIVO DE DROGAS

Na revisão dos modelos de tratamento para o uso abusivo de álcool e drogas, observa-se que existem dois polos de compreensão para o fenômeno: o polo médico, que aborda o problema do ponto de vista da saúde, e o polo estrutural, que focaliza o controle, a ordem. Ambos, envolvidos na resolução parcial do problema. Escolhemos como foco a interseção entre esses polos.

A dependência química pode ser entendida a partir de cinco modelos (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004):

- O modelo de doença - Entende a dependência como um transtorno primário, herança ou suscetibilidade biológica caracterizada por um conjunto de sintomas;
- O modelo do comportamento aprendido - Faz referência aos comportamentos aprendidos e condicionados e destaca o processo de aprendizagem como fator de mudança;
- O modelo psicanalítico - Assinala que o indivíduo como forma de se adaptar e autorregular, tenta um retorno a estados prazerosos da infância;
- O modelo familiar - Aborda o funcionamento familiar e sua influência no uso de substâncias;
- O quinto modelo aborda a dependência como um fenômeno biopsicossocial que reúne as considerações dos quatro modelos anteriores e inclui, nessa compreensão fatores biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais.

Bucher (1992), discutindo a terapêutica utilizada com os usuários de substâncias psicoativas faz uma divisão dos modelos de tratamento, em clássicos e alternativos. Os clássicos relacionam-se aos modelos psiquiátricos, comportamental e psicodinâmico ou relacional. Já os modelos alternativos preveem a aplicação de conhecimentos produzidos em outras áreas e contextos, como as terapias corporais, grupais, comunitárias, familiares e religiosas.

Assim, diversas formas de terapia podem ser utilizadas no tratamento dos usuários de drogas, desde os modelos clássicos, como a internação, que entende a dependência química a

partir do modelo de doença ou relacional, até os modelos alternativos, que abordam a problemática das drogas a partir de uma compreensão ampliada de um fenômeno biopsicossocial e incluem uma abordagem multiprofissional.

Essas divisões, entretanto, parecem privilegiar uma variável de tempo que reúne as terapias e abordagens desenvolvidas num curso evolutivo de compreensão da dependência química.

Outra classificação, a de Castel (2002), aborda três tipos de modalidades terapêuticas para a dependência. O tratamento clássico, como a internação em hospital geral, psiquiátrico, ou unidades especializadas, o qual se baseia no afastamento do acesso às drogas como forma de tratamento; o tratamento psicoterápico, que inclui a psicanálise e outras técnicas, como a cognitivo-comportamental; e, por fim, o tratamento medicamentoso.

Com relação a este último, Pechansky e Diemen (2006) discutem a importância do tratamento farmacológico na terapêutica da dependência química dos vários tipos de substâncias psicoativas e alertam para o risco da transferência da dependência de uma substância para outra. Na área dos psicofármacos, a metadona, opioide sintético de meia-vida longa, é utilizado para eliminar os sintomas da abstinência; no entanto, também causa dependência; ela representa uma droga de substituição (BUCHER, 1988). Essa forma de organização focaliza os procedimentos através de uma ótica médica, centrada em técnicas de abordagem e na medicalização da doença.

Sobre os tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias Pechansky (2006) menciona que a psicoterapia é entendida por uma ótica psicológica de modificação dos sentimentos, pensamentos e comportamentos-problema, criando novas posturas, pela compreensão do problema vivenciado. De acordo ainda com Pechansky (2006), um bom psicoterapeuta deve ser capaz de lidar com as frustrações próprias ao tratamento de uma doença crônica, como a dependência, conhecer um pouco de psicofarmacoterapia, ter certa dose de objetividade, persistência e ser muito afetivo.

Esse mapa de comportamento profissional suscita questões em torno de um padrão específico de terapeuta para atender os casos de dependência química, o que difere da compreensão de um perfil profissional relacionado a um trabalho de reabilitação que exige, antes de tudo, uma postura clara em relação à doença, à terapêutica, e uma prática integrada em equipe associada a uma percepção ampliada do usuário de drogas.

No Capsad, a lógica terapêutica pauta-se numa compreensão global da dependência química, considerando os fatores orgânicos, psíquicos, sociais e econômicos do problema. Assim, constitui uma alternativa de atenção aos tratamentos de caráter exclusivista que visualizam uma abordagem centrada apenas em aspectos físicos, como o tratamento medicamentoso, ou ainda comportamental, como a terapia cognitivo-comportamental, psicanalítica, familiar e até mesmo religiosa.

A abordagem utilizada nos Capsad se caracteriza como clínico-política porque não destaca apenas a mudança comportamental, intervindo também na construção de redes de suporte social já que o projeto terapêutico desses serviços está ancorado numa política específica de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Além disso, as diretrizes que balizam esse centro pautam-se na prevenção, promoção e reabilitação dos usuários de substâncias psicoativas.

2.1 O tratamento no Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas

2.1.1 O modelo psicossocial

Nessa perspectiva, o referencial de abordagem dos centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas é o modelo psicossocial, que difere do modelo clássico, comportamental medicamentoso e alternativo, por adotar uma perspectiva de inclusão social e uma intervenção que abrange a comunidade como estratégia terapêutica de reinserção social. Dessa forma, não se circunscreve a uma atuação isolada medicamentosa, comportamental ou social, antes integrando esses aspectos numa abordagem que tem como centro o usuário.

Tecnicamente, esse modelo diz respeito ao conjunto de diretrizes das políticas públicas de saúde e saber técnico, traduzidas num projeto de atenção à saúde (CAMPOS; BARROS, 2001). Teixeira (2000) complementa esse entendimento ao referir que esse modelo se formula pela interação de saberes, caracterizando um projeto interdisciplinar (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos), como a abordagem psicossocial, a clínica ampliada e a política de redução de danos utilizados para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas (GULJOR, 2003).

Para caracterizar o modelo psicossocial, Costa-Rosa (2000) aponta quatro parâmetros básicos:

1. Concepções do processo saúde-doença e dos meios teórico-técnicos para lidar com ela, que considera os conflitos e as contradições tanto como constitutivos dos sujeitos como contingentes a eles, tratamento da demanda através de uma clínica ampliada e transdisciplinar;

2. Concepções da organização das relações intrainstitucionais e divisão do trabalho interprofissional, como o de horizontalização das relações intrainstitucionais, participação dos usuários e população na forma de cogestão, transdisciplinaridade;

3. Concepção da forma como a instituição e seus agentes se relacionam com a clientela e com a população em geral no campo da interlocução, da instituição como espaço de circulação de todos, das ações integrais;

4. Concepção dos efeitos de suas ações, em termos terapêuticos e éticos, a respeito da recuperação do poder de contratualidade social do sujeito, implicação subjetiva e sociocultural do indivíduo no tratamento.

A partir desses parâmetros, as práticas designadas pelo termo psicossocial devem considerar não apenas as transformações que ocorreram na teoria, na prática e no discurso, mas principalmente se firmar na ética e na análise. Nesse sentido, a noção de atenção psicossocial remete à contraposição dos saberes e práticas hospitalocêntricas e sustenta um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas que configuram um campo capaz de congregar as práticas substitutivas ao modelo asilar, mantendo-se aberto a inovações e inclusões (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Assim, o modelo psicossocial diverge das práticas terapêuticas de exclusão e segregação e dos modelos que têm como parâmetro a internação. Nesse aspecto, as ações teórico-práticas remetem à produção de novas formas de intervenção e desenvolvimento de dispositivos que viabilizem a transformação dos modelos de atenção em saúde mental institucionalizados; já as ações político-ideológicas referem-se à luta pelos direitos individuais e coletivos sem, no entanto desconsiderar a particularidade dos usuários e dos serviços de saúde mental (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

O modelo psicossocial compreende uma clínica ampliada, para além do olhar, ou seja, a clínica da escuta, do encontro capaz de produzir sentidos e não reproduzi-los, ela é entendida como um processo. Diferente da concepção da internação psiquiátrica de prescrição terapêutica, nessa clínica que tem a escuta como instrumento há uma preocupação com o espaço e autonomia do usuário, o que remete a um vínculo contratual, visto nas terapias psicológicas. O fundamental, nessa atividade, é a superação da condição estritamente técnica (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003).

Essa clínica incorpora quem atende e propõe a criação de possibilidades. Dessa forma, ela é estruturada cotidianamente e de forma singular a cada encontro com os diferentes sujeitos.

Sobre esse conceito de clínica, Levy (2001) observa que existem inúmeras formas de abordar o sofrimento, ligado a um saber, a um projeto, ou ainda, a uma ética. O ato clínico é marcado por uma crise de sentido, sendo assim, visa à compreensão e à emergência de sentido. O terapeuta é levado a elaborar noções teóricas e tê-las como referência. Mas, essas referências não são estáticas, antes são concebidas como um movimento dinâmico que dá sentido à realidade.

Diferente da concepção de um conjunto de métodos e técnicas, a dimensão clínica contrapõe-se à separação do sujeito em partes e o compreende como uma totalidade. A abordagem clínica é compreendida numa relação aceita reciprocamente, com todos os aspectos inerentes, de certezas, dúvidas e acasos. Lévy (2001, p. 20) menciona que:

Tal abordagem supõe, da parte do clínico, que ele se desloque não apenas fisicamente no “espaço” do outro, mas, sobretudo mentalmente; .. neste “espaço” que ele conhece pouco ou nada, ... especialmente em seus esforços para dar sentido a suas condutas e aos acontecimentos que tecem sua história.

Ao discutir as práticas em saúde mental nos Capsad, merecem destaque as mudanças de referenciais da ação técnica no sentido da desconstrução de valores e construção de novos (GULJOR, 2003), que ocorre a partir de uma concepção multicausal do sofrimento psíquico. Através de uma apreensão mais ampla do fenômeno do consumo abusivo de drogas, o tratamento é redefinido, pois, se o problema não está circunscrito ao âmbito puramente médico, ele deve ser objeto de um cuidado multiprofissional em equipe (CESARINO, 1991).

2.1.2 A equipe

Para responder as perguntas da pesquisa, a equipe é entendida a partir do modelo de atenção psicossocial e da sua inserção no Capsad com uma dinâmica própria de grupos.

No modelo de atenção psicossocial a equipe é teorizada como veículo de potencialização terapêutica do sistema interventivo. O trabalho em equipe consiste numa modalidade de ação coletiva que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes (PEDUZZI, 2001).

De acordo com Vasconcelos (2002, p.47), a partir de um referencial do Serviço Social as equipes podem se organizar de várias formas.

- Multidisciplinaridade ou multiprofissionalidade, a reunião dos diversos campos de saber que operam separadamente em um espaço institucional comum, sob a gerência de uma coordenação administrativa. Um exemplo desse tipo de organização são as práticas ambulatoriais convencionais, nas quais funciona o sistema de referência.
- Pluridisciplinaridade, o encontro dos profissionais em momentos e locais específicos com o fim de trocar informações sobre determinado caso ou situação, ou ainda em ações de planejamento, avaliação e assistência. Como exemplo, há as reuniões clínicas ou técnicas e os eventos científicos, nas quais profissionais de várias áreas contribuem de forma superficial e isolada.
- Interdisciplinaridade auxiliar, entendida a partir de um quadro de relações desiguais entre as categorias profissionais, de forma que há o predomínio de uma sobre as demais. Essas práticas podem ser encontradas na psiquiatria contemporânea que, visando a manutenção da hegemonia médica no campo da atenção à saúde mental, apropria-se de contribuições de outras disciplinas, de forma subordinada.
- Interdisciplinaridade, a organização estrutural das relações e práticas profissionais, pautadas na reciprocidade e tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos. Para tal ocorrência de trabalho conjunto, preconiza-se a identificação de uma problemática comum e o levantamento de soluções, colocando em foco os princípios e conceitos fundamentais a partir do esforço para decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências

desses conceitos, promovendo uma aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação de elementos.

-Transdisciplinaridade, conceituada como um projeto mais ousado que a interdisciplinaridade, propõe a criação de um novo campo teórico ou disciplinar.

Como se vê, o trabalho em equipe comporta vários níveis. Nessa perspectiva a equipe multiprofissional é uma realidade em que profissionais de diferentes áreas atuam num mesmo campo. Consoante essa realidade, destaca-se a integralidade, um dos princípios do SUS, como fator responsável por alterar as configurações das relações profissionais e favorecer a ação interdisciplinar nas práticas (PINHO, 2006).

Sobre esse assunto, Fazenda (1995, p.31) menciona que:

Na interdisciplinaridade ter-se-ia uma relação de reciprocidade, de mutualidade ... de interação que irá possibilitar um diálogo entre os interessados. A interdisciplinaridade depende então, basicamente de uma mudança de atitude perante o problema do conhecimento, da substituição de uma concepção fragmentária pela unitária do ser humano.

Araújo e Rocha (2007) referem que epistemologicamente a palavra interdisciplinaridade pode ser entendida a partir do termo disciplina, que tem o sentido de ciência, instrução, e do termo inter, relacionado a troca, reciprocidade. Conclui-se, então, que interdisciplinar diz respeito à troca entre as áreas de conhecimento.

Essa forma de pensar surgiu no século XX e na década de 60 começou a ser enfatizada como necessidade de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado, preconizado no modelo cartesiano (VILELA; MENDES, 2003).

Neste aspecto, o trabalho interdisciplinar é também uma questão de saber e poder em que não se deve desconsiderar a influência do processo de construção sócio-histórico que perpassa o modelo clínico. O saber passa a ser reconstruído na relação com as outras disciplinas e o poder flexibilizado; para que seja possível o trabalho em rede (GOMES; DESLANDES, 1994). Deve-se considerar, entretanto, que as estruturas históricas e institucionais apresentam uma dinâmica própria complexa que tende a resistir aos processos de mudança técnica, social e política.

A proposta psicossocial que se apresenta é de superação da visão disciplinar. Dessa forma, as práticas concretas representam ou reproduzem uma dada ideologia e o lócus onde cooperam ou rivalizam é a equipe de trabalho (ARANHA-SILVA; FONSECA, 2005).

Como aborda Michel Foucault (1979) em *Microfísica do Poder*, o poder não é uma realidade unitária e global, mas algo que se exerce, não é um objeto, mas uma relação. Ele ainda menciona que o poder não pode ser entendido completamente quando é visto apenas de forma negativa, ele também possui eficácia, positividade. O poder não é algo central, ele é exercido em todas as direções e de forma capilar.

Para Melo (1985, apud Cappelle et al, 2004) o poder é uma característica fundamental e inelutável de todas as relações sociais e as relações de trabalho tornam-se, na prática, o locus privilegiado de manifestações de poder, assumindo formas diversas de expressão conforme os grupos de interesse na sociedade.

A constituição de um sistema de poder tem como alvo os indivíduos em sua singularidade e vai produzir subjetividade, considerando-se que ela se constrói nas relações do indivíduo com o contexto em que vive. Então, as práticas e os discursos a partir de um dado conhecimento são produtores de subjetividades e constituem exercícios de poder no cotidiano de um local de trabalho (AMARANTE; TORRE, 2001).

A ideia é mudar de atitude em relação à problemática do transtorno e participar de uma estratégia de abordagem que supere as intervenções isoladas (VASCONCELOS, 1997). Dessa forma, ao invés de se apresentar como alternativa para substituição de um jeito de produzir e transmitir conhecimento, a interdisciplinaridade propõe ampliar a compreensão dessa realidade para superar a visão disciplinar (VILELA; MENDES, 2003). Ela não representa a anulação da disciplinaridade, nem a especificidade de cada saber, mas a possibilidade de uma compreensão integral do ser humano, que passa necessariamente por uma prática multiprofissional (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Koda (2002, p. 124) em sua pesquisa menciona que:

O trabalho em equipe multidisciplinar coloca-se como estratégia relevante para o desenvolvimento de um tratamento nos moldes antimanicômiais. A equipe pode ser entendida como emblema do próprio modelo ao imprimir o convívio entre diferentes olhares no trato com o usuário. A responsabilidade sobre o trabalho deve ser dividida por todos os membros do grupo, buscando-se assim uma ruptura com a hierarquia vigente nos hospitais psiquiátricos e com a centralização do poder decisório na figura do médico.

Nesse processo, a comunicação é um fator importante. Na organização de um grupo de trabalho os canais de comunicação entre os seus integrantes são imprescindíveis. A estrutura do grupo também determina o modo como a comunicação se organiza. Ela pode ser formal, a partir de documentos; informal, através de recados, conversas, telefonemas, ou ainda a

comunicação implícita nas posturas e gestos (ESCOLA POLÍTECNICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

A integração da equipe acontece a partir de ocorrências, em que os fatores valem mais pelas suas relações do que por si mesmos. Os fatores que podem influenciar o trabalho de equipe são: internos e externos. Os fatores internos se relacionam à equipe como, por exemplo, questões intrapessoais, histórias de vida de cada um, hábitos e ideologias e fatores interpessoais referentes à forma como os membros se relacionam, dificuldades, atritos ou alianças. Os fatores externos dizem respeito ao lugar onde o serviço se insere, condições materiais de funcionamento, recursos físicos e humanos. Há ainda os fatores ligados à oportunidade, caracterizados pelos aspectos políticos e recursos (ESCOLA POLÍTECNICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2003).

Nessa perspectiva, o processo de trabalho é entrecortado por relações que se entrecruzam e são dinâmicas. Dessa forma, a concepção do trabalho em equipe é passível de transformações, ao longo do tempo. Sobre isso, Merhy (apud Araújo; Rocha, 2007, p. 458) refere que:

As especificidades do trabalho em saúde demarcam um campo específico das práticas, sendo que estas se desenvolvem em um espaço de encontro e de intervenção denominado de espaço intercessor, enquanto espaço onde se processa a produção de ações de saúde e onde cada trabalhador potencialmente pode decidir coisas, ou seja, exercer um certo autogoverno”.

Aranha-Silva e Fonseca (2005), sobre o mesmo assunto, referem que o processo de trabalho em saúde é orientado por determinantes de três ordens: estrutural, que diz respeito aos princípios do SUS, leis, portarias e políticas públicas; particular, centrado numa rede local; e o singular, voltado à forma de organização do serviço e modelo de atenção desenvolvido institucionalmente nos serviços.

A dimensão singular, entendida como o coletivo institucional, é considerada a essência do projeto terapêutico no qual se inscreve a concepção de ser humano que determina as práticas em saúde. Nesta, a organização do serviço, o modelo de atenção em saúde mental realizado na instituição e a capacidade do serviço de produzir saúde se relacionam com o nível de satisfação da clientela e dos trabalhadores (ARANHA-SILVA; FONSECA, 2005).

De um modo geral, o processo de trabalho em saúde está fundamentado numa inter-relação na qual os conflitos acabam emergindo. As diferenças de opiniões, formações, vivências e interesses próprios, presentes na ação de cada profissional, são fatores que

interferem no processo de trabalho; essas questões, no entanto, não anulam o funcionamento de uma equipe (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Nesse contexto, merece destaque a constituição de um sistema de poder a partir da interação do indivíduo com o ambiente em que vive e produz subjetividade. Então, as práticas e os discursos realizados a partir de um dado conhecimento são produtores de subjetividades e exercícios de poder no cotidiano de um local de trabalho (AMARANTE; TORRE, 2001). Dessa forma, as relações podem ser consideradas instrumentos de ação a partir das quais as interações profissional-usuário e profissional-profissional se realizam entre os membros da equipe (GULJOR, 2003).

Ainda considerando a perspectiva relacional, Peduzzi (2001) analisa as concepções de trabalho em equipe e define duas categorias. Ela menciona a equipe como agrupamento de agentes e a equipe como integração de trabalhos. A primeira noção é caracterizada pela fragmentação, e a segunda, pela articulação, de acordo com a proposta da integralidade das ações de saúde. Conforme a classificação da autora, na equipe agrupamento ocorre a justaposição das ações e dos agentes, enquanto o funcionamento de uma equipe integração é pautado no trabalho coletivo e na relação recíproca entre as intervenções e a interação entre os agentes.

A equipe terapêutica do Capsad trabalha na organização, desenvolvimento e manutenção do ambiente terapêutico, contudo, existe uma compreensão como refere Bichaff (2006), que a equipe de nível superior, por seu saber específico, tem maior possibilidade de efetivar a transformação da atenção aos usuários de álcool e outras drogas e, por seu poder ideológico, influenciar uma mudança cultural nos outros trabalhadores, usuários, familiares e sociedade em geral (BICHAFF, 2006).

Rocha (2005) menciona que, apesar da especificidade das atividades realizadas pelos profissionais na equipe do Caps, as mais importantes são pertinentes a todos. Essas atividades compreendem a escuta, o acolhimento e o estímulo para a vida, podendo ser realizadas de forma individual ou coletiva.

Dessa forma, a constituição de equipes terapêuticas no modelo psicossocial aponta para um universo complexo marcado por dissensões e resistências, como também construção de possibilidades. É nesse espaço que se constituem as formas de ser e estar em equipe, um processo que demanda tempo e disponibilidade. Na prática, o trabalho no Caps, como

menciona Rocha (2005), é algo a ser construído por cada equipe, de acordo com as suas peculiaridades.

Um dos conceitos formulados por Robbins (2002) e referido por Pinho (2006) diz respeito à equipe como um grupo de dois ou mais indivíduos interagindo de forma adaptativa, interdependente e dinamicamente voltada para um objetivo comum. Essa concepção assinala uma diferença entre grupo de trabalho e equipe de trabalho.

O grupo de trabalho é referido como “um espaço” para articular decisões e compartilhar informações, a fim de promover o desempenho de cada área específica de atuação. A equipe é considerada pela interação entre os participantes, que origina um desempenho maior que a soma das partes (PINHO, 2006).

O grupo significa a reunião de um conjunto de pessoas que se organizam em torno de um problema comum e o conhecimento entre as pessoas (BAREMBLIT, 1982). Numa visão mais aprofundada, conforme os preceitos de Pichon-Rivière (1998), o grupo conceituado operativo caracteriza-se pela ligação entre as pessoas, decorrente de uma representação interna que tem uma tarefa, ou seja, uma finalidade.

Como grupo, a equipe funciona a partir de regras, normas e ainda punições, que nem sempre estão escritas, mas existem (ESCOLA POLITÉCNICA JOAQUIM VENÂNCIO, 2003). Por outro lado, as características que distinguem a equipe e seu trabalho baseiam-se na percepção de relação construída por agentes imersos num cotidiano e que são simultaneamente agentes e sujeitos de ações realizadas em dimensões estruturais e individuais.

Nessa linha de pensamento, pode-se fazer uma distinção interessante entre agrupamento e grupo. O grupo se forma a partir da organização e constituição de uma estrutura imaginária, caracterizada por uma representação grupal, em que se cruzam representações ou imagens individuais, como uma rede (ANDRADE, 1982). Anzieu (1993) corrobora essa compreensão, ao abordar o grupo como “o lugar” de fomentação de imagens.

Para Bauleo, o grupo se diferencia do agrupamento, pois a sua formação e organização implica na constituição de uma estrutura imaginária mítica que determinará seus movimentos (BAREMBLIT, 1982).

Nele, a representação de cada integrante contém elementos próprios e de outros que entram em contato, formando uma rede de concordâncias e contradições. A estrutura imaginária é composta, no mínimo, por dois elementos, o eu e o outro, configurando uma representação de vinculação que reconhece a unidade e a pluralidade (ANDRADE, 1982).

Nesse aspecto, o funcionamento inconsciente do grupo remete à imagem própria do grupo, com os seus fantasmas e valores internos. Eles se constituem como uma representação imaginária de si mesmos, que se estruturam em termos tempo - espaço (BAREMBLIT, 1982), além de fomentar imagens e significações, através da mobilização de sentimentos, desejos, emoções e angústias dos participantes (ANZIEU, 1993). Sendo assim, um grupo não pode existir sem um imaginário que o legitime como unidade, representação de alguma coisa em comum (ANZIEU, 1993).

Conforme Lourau (1975, p. 169)

“o essencial é compreender que todo grupo, qualquer que seja seu lugar remete à instituição, na medida em que sua definição característica e inserção em uma estrutura ou sistema residem na análise do que o produz e garante”.

Sendo assim, para compreendê-lo torna-se necessário explorar o sistema oficial e o oculto das normas, valores e modelos que tecem as condutas em toda instituição.

O grupo se forma a partir dos processos de projeção e introjeção de sentimentos e representa uma ameaça primária para o indivíduo. Ele é regido por processos próprios e passa por diversas fases. Pichon-Rivière (1998) identificou três fases distintas pertinentes à realização da tarefa a ser desenvolvida em conjunto pelo grupo. A primeira fase é a da pré-tarefa, nessa situação o grupo apresenta os medos básicos como os de ansiedade de perda e de ataque e surgem sentimentos de impossibilidade e resistência. A pré-tarefa se caracteriza por uma situação de impostura que paralisa o prosseguimento do grupo.

A segunda fase é a da tarefa. Nesse momento, ocorre a abordagem e elaboração das ansiedades e o desenvolvimento da tarefa. A terceira fase é a do projeto, caracterizada pela ação criativa quando o grupo tem condições de produzir a mudança e pode elaborar estratégias e táticas.

O grupo também passa por momentos processuais que indicam o seu próprio processo de formação. São eles: o momento da inércia, da ilusão, dos desejos, da fusão ou dependência,

do grupo dependente, grupo protesto e grupo sujeito. Este último é caracterizado pela participação, autogestão e autonomia (PEREIRA, 2001).

Além disso, nesse processo os participantes do grupo assumem, consciente ou inconscientemente papéis que podem ser fixos ou rotativos e expressam o desejo do grupo. Como os papéis de porta-voz, bode-expiatório, sabotador, rejeitado, bobo e o papel de líder.

De uma forma geral, o grupo funciona a partir de mecanismos conscientes e inconscientes, que respondem por uma estrutura imaginária. A constituição dessa estrutura permite que ocorra no grupo, o clima de pacto, segredo e depósito de ansiedade. Segundo Anzieu (1993, p. 21), “o grupo é um lugar de fomentação de imagens, é a colocação em comum de energias, entusiasmos, capacidades, por intermédio de uma disciplina livremente consentida”.

Enriquez (1997) compreende o fenômeno organizacional a partir de suas dimensões cultural, simbólica e imaginária, sendo central a teoria psicanalítica de Freud. Do referencial psicanalítico destacam-se os elementos imaginários presentes e determinantes nos processos sociais e organizacionais. Trata-se dos processos de identificação, de projeção, de culpabilização, de formação de fantasmas que atravessam a vida dos grupos. As instituições têm uma cultura proveniente dos valores, das normas e regras vigentes que orientam as ações dos seus representantes e estrutura uma referência.

A equipe de trabalho pode ser, então considerada e analisada como um grupo. Nessa estrutura ela se organiza em torno de uma ação a cumprir e um projeto, que se relaciona ao funcionamento da instituição, ou seja, do Capsad, compreendendo-se a instituição como um espaço singular, marcado por imperativos e contingências, portador de um sistema cultural, simbólico e imaginário. Essa zona complexa de funcionamento estimula reflexões sobre o funcionamento grupal da equipe na situação específica e contextualizada do Capsad (ENRIQUEZ, 1997; LOURAU, 1975).

Enriquez (1997) ainda aborda que a instituição apresenta-se como o lugar de garantia da ordem e do estado de equilíbrio social conferido por um saber teórico que é a expressão da verdade. Ela existe com a função de mascarar os conflitos e simultaneamente expressá-los. Ela então se confirma a partir de um sistema simbólico, de ideais e modelos absorvidos pelos seus trabalhadores e um sistema imaginário que responde pelos desejos. Neste último o

indivíduo participante apóia-se psiquicamente nessa estrutura e procura a sua identificação através dos grupos.

Ancorado nesse referencial de compreensão do funcionamento e atividades em saúde mental, discute-se que as práticas e a dinâmica da equipe ocorrem em um espaço político, técnico, clínico e institucional. No espaço político se incluem as políticas e o arcabouço que legitimam e financiam os serviços de atenção psicossocial; no técnico, os profissionais que atuam num sistema de trabalho fundamentado em uma concepção de intervenção multiprofissional e interdisciplinar da clínica ampliada. No espaço institucional se constroem as relações. Mas, como elas acontecem?

No geral, esses Serviços constituem no âmbito da saúde pública, uma iniciativa recente na terapêutica em álcool e drogas, como visto no capítulo 1, e são caracterizados como instrumentos fundamentais no processo de reforma psiquiátrica. Sendo assim, inscrevem-se como elementos de regulação social e absorvem uma demanda difícil.

Inserida nessa instituição (Capsad), a equipe técnica vivencia uma nova forma de organização do trabalho na qual os profissionais se envolvem num projeto grupal com seus desejos de afiliação e a necessidade de se diferenciar do conjunto. Esse movimento contraditório de identificação e diferenciação remete à questão: Como a equipe técnica se organiza para funcionar?

A tensão entre o universal e o particular, o integral e o específico, ou seja, o Capsad e o funcionamento particular da equipe nesses Serviços constitui um norteador de pesquisa. Não há pretensão de desacreditar o avanço visualizado na esfera de atenção à saúde mental, mas compreender a realidade de funcionamento das equipes nos centros, a partir de uma perspectiva de análise crítica das ocorrências que permeiam a vivência cotidiana nesses espaços. Neste sentido, interessa compreender como a equipe interage na instituição e se organiza diante dessa complexidade.

3. METODOLOGIA

3.1 Referencial epistemológico

O lugar da saúde mental é um lugar de conflito, confronto e contradição (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003). Compreende-se então que essa realidade é dinâmica. De acordo com Amarante (1996), as estratégias de saúde mental implicam o reconhecimento de que, se a realidade é essencialmente construída, pode ser substancialmente modificada. Dessa forma, ela é vista em constante transformação, de forma dialética e contraditória (LÉVY, 2001).

Nesse âmbito, Amarante (1996) postula que o real é complexo e tem vários níveis de existência, possibilidades e compreensão, que não se excluem nem se complementam, apenas o constituem. Essa é uma forma de entendimento do mundo no sentido da superação do paradigma racionalista e da dualidade causa-efeito, sinalizando para a ideia de complexidade na compreensão da realidade.

Para Edgar Morin (2005), a complexidade é o tecido de acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações e acasos que constituem o mundo dos fenômenos. Para o autor (p. 77), “o paradigma complexo resultará do conjunto de novas concepções, de novas visões, de novas descobertas e de novas reflexões que vão se acordar, se reunir”.

A complexidade então se distingue como uma forma de pensar divergente do pensamento simplificador. Ela propõe considerar a imprecisão como uma postura epistemológica no âmbito da ciência e refere à ambiguidade e a contradição como constituintes desse conhecimento.

A complexidade da relação ordem/desordem surge quando se constata empiricamente que fenômenos desordenados são necessários, em certas condições e em certos casos, para a produção de fenômenos organizados. Dessa forma, torna-se impossível homogeneizar e reduzir a compreensão dos fenômenos. Essa é uma ideia de ruptura com a linearidade da causa/efeito, sendo assim, o indivíduo é, ao mesmo tempo, produto e produtor da sociedade (MORIN, 2005).

Amarante (1996, p. 28), entretanto, argumenta que “não existe um paradigma da complexidade; esta é, antes de tudo, uma atitude, é uma “nova” aliança entre as ciências naturais e humanas ...”. A complexidade é entendida por esse autor como um conceito fundamental, originário de uma dimensão teórico-conceitual, porque propõe a reflexão do conhecimento e do objeto.

Nessa perspectiva, conforme Barbier (1985) as relações construídas entre o pesquisador e o objeto de pesquisa, ou seja, a questão da implicação do pesquisador pode ser expressa em três níveis: psicoafetivo, histórico-existencial e estrutural profissional. O primeiro aborda os conteúdos referentes à personalidade e às emoções do pesquisador, durante todo o processo de pesquisa. O segundo, interligado ao primeiro, no entanto, mais aprofundado, considera a ligação da pesquisa com a vida, a história e a existência do pesquisador. Já o terceiro nível consiste nos elementos relacionados ao próprio trabalho social do pesquisador e sua inserção na sociedade através da sua referência profissional. Assim, torna-se relevante no processo de pesquisa, a formação acadêmica do pesquisador, seus grupos de referência e propensão intelectual e, por que não dizer, teórica também.

Sobre essa questão, menciono a experiência de estagiar como terapeuta ocupacional em um Capsad. Antes de iniciar o processo de pesquisa eu já tinha familiaridade com o funcionamento do Serviço e com a terapêutica da dependência química; sendo assim, fui ao campo com algumas hipóteses sobre a dinâmica de equipe, como, por exemplo, a dificuldade de integração entre os técnicos e as áreas profissionais, como também apropriação da equipe do modelo psicossocial. A minha identificação com o Capsad e a terapêutica psicossocial também pesaram na escolha do objeto de estudo. Sendo assim, muitas vezes, ao escutar as falas dos entrevistados, me identifiquei com o seu conteúdo e confirmei suposições em torno do funcionamento da equipe.

Esse tipo de empatia exigiu muita vigilância para o distanciamento dos discursos e valorização dos aspectos contraditórios levantados pelos profissionais. No primeiro momento, as minhas hipóteses foram reservadas; para dar espaço à coleta de dados e à investigação de informações relevantes sobre a equipe. Já no segundo momento, essas hipóteses foram confrontadas com as peculiaridades do campo de estudo, ou seja, mesmo considerando a equipe como objeto de estudo e o Capsad como um equipamento estratégico em álcool e drogas, não pude desconsiderar as diferenças e a história de construção das práticas no Serviço investigado. Os dados por si se apresentaram bastante relevantes, expondo aspectos

mais amplos do que aqueles considerados na hipótese inicial. De forma geral, há muito a ser feito para que o Capsad possa desempenhar sua função conforme os preceitos formulados e estabelecidos em portaria e de acordo com a atenção integral e psicossocial. Após essa etapa, teve início uma das fases mais importantes da pesquisa: o tratamento dos dados.

3.2 Tipo de pesquisa

A pesquisa foi qualitativa, do tipo descritivo-exploratório. Essa abordagem parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito; e que o conhecimento não se reduz ao acúmulo de dados conectados por uma teoria explicativa (CHIZZOTTI, 1998).

A principal característica das pesquisas qualitativas é o fato de que estas seguem a tradição “compreensiva” ou interpretativa. Elas partem do pressuposto de que as pessoas agem em função de suas crenças, percepções, sentimentos, valores, e que seu comportamento tem sempre um significado que não se dá a conhecer imediatamente, precisa ser descoberto (ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 1998).

Nesse sentido, a preocupação em, sobretudo, compreender as relações complexas tecidas pelo homem na trama social é o objeto da Sociologia. Esse primeiro enquadramento da compreensão sobre o social posteriormente foi ampliado à Psicologia, que até então se dedicava exclusivamente à compreensão do humano enquanto individualidade e descortinou, nesta articulação com o social, um novo campo: o homem no social, seu comportamento, significantes e significados. A Psicologia Social surge para dar conta de uma demanda, a demanda emergente e estrutural do homem em sociedade, dos grupos, dos movimentos sociais etc.

Sobre a instituição, tanto a Psicologia quanto a Sociologia debruçam-se sobre ela. Uma apresenta uma concepção mais individualista do fenômeno, enquanto a outra defende a concepção estruturalista do indivíduo e do social. Nesse aspecto, uma série de aproximações têm sido feitas por pensadores das ciências humanas e sociais, como Barus-Michel, Enriquez,

Páges, Barbier, Lourau, Castoriadis, Lapassade, entre outros. Na Psicologia Institucional²⁰ a análise é formulada a partir de trabalhos realizados principalmente por autores como Lourau (1975) e Pagès et al. (1987), os quais apresentam a partir de uma visão dialética, uma interpretação sobre a instituição que permite a formulação de reflexões articuladas entre domínios diversos.

A análise institucional é um método de abordagem do sistema social que propõe desconfiar do que está sendo posto e relacionar as lacunas (LOURAU, 1975). Ela se inscreve no campo dialético e multidimensional de pesquisa e propõe olhar e compreender as mediações da dinâmica institucional e grupal. Seu foco não se dirige às instâncias isoladas do indivíduo e da sociedade, mas à relação entre eles (BARBIER, 1985).

A análise dialética de conteúdo preconiza que “o discurso informa simultaneamente uma realidade objetiva exterior e transcendente aos indivíduos, como também sobre seu universo mental”, ou seja, tem-se uma percepção objetiva quanto aos fatos e subjetiva em relação aos indivíduos. O discurso é compreendido como individual e coletivo, porque um discurso particular revela conteúdos presentes em outros discursos de diferentes formas, tornando-se então coletivo (PAGÈS et al. 1987).

Esse discurso também é considerado como falso e defensivo porque é o participante que interpreta a realidade. Considera-se, então, que o discurso não traduz a verdade, mas contém informações sobre a realidade. Um ponto de destaque nesse método de análise consiste na consideração do discurso como um fluxo de contradições ligadas e encadeadas. Dessa forma, o discurso é “interpretado remetendo ao não discurso, o dito ao não-dito” e as “contradições são os impulsos inconscientes e das instituições sociais” (PAGÈS et al. 1987).

A análise é precedida de uma identificação de passagens, que são as unidades do discurso, fragmentos selecionados a partir da fala do entrevistado e parte significativa em cada entrevista, que aponta para a formulação de temas. Os temas são definidos de acordo com os julgamentos realizados dos fragmentos ou unidades do discurso, com a função de organizar uma cadeia de relações (PAGÈS et al. 1987).

²⁰ O termo Psicologia Institucional tem sido usado no Brasil para significar a área da psicologia nas instituições e abriga uma pluralidade de recortes teóricos, como os de Bleger, que focaliza a abordagem psicanalítica aos fenômenos institucionais e grupos; Guilhon Albuquerque, que se dedica a abordar as instituições de saúde e as questões relativas à saúde mental; Lapassade, que propõe a revelação da dimensão oculta e compreensão das relações instituídas, ele inaugura o terreno da análise institucional ao qual Lourau se dedica a pensar na intervenção institucional (GUIRADO, 2004).

As unidades do discurso são classificadas, em função do tema, em sub-rubricas (unidades mais refinadas ligadas aos temas), que serão relacionadas com outras sub-rubricas dentro de uma mesma unidade do discurso e com outras unidades de outros temas (PAGÈS et al. 1987).

3.3 Procedimentos de coleta e análise dos dados

3.3.1 Coleta de dados

A coleta de dados foi precedida pela aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco (ANEXO A), e concessão da autorização, pela Prefeitura da Cidade do Recife (ANEXO B), para realização da pesquisa no Capsad escolhido. Com a permissão concedida, entramos em contato com o Serviço.

O contato inicial com o local de pesquisa ocorreu de forma amistosa. Apresentei-me ao Capsad e conheci a coordenação clínica, falei um pouco sobre a pesquisa e ficou acertado a apresentação do projeto de pesquisa para a equipe, na reunião técnica. Procurei deixar claro que o meu interesse não era atribuir juízo de valor, mas fundamentalmente refletir sobre os desafios com que os profissionais se deparam, como lidam com as situações e como consideram o trabalho em equipe na perspectiva da atenção psicossocial.

Na reunião, após a coordenadora realizar os informes, fui apresentada aos profissionais e esclareci os procedimentos (entrevistas individuais e observação participante) e o tema da pesquisa. Explanei de forma sucinta sobre o projeto enfocando o interesse em pesquisar a relação entre serviços e práticas no Capsad, numa visão analítica de compreensão da dinâmica da equipe. Após essa apresentação, comecei a frequentar o Serviço e foi iniciada a coleta de dados.

Nesse momento foi utilizada a observação participante²¹, forma de coleta de dados sistemática que corresponde a um período de interação social entre o pesquisador e os informantes, com o objetivo de registrar informações de forma direta e sistemática e perceber

²¹ Segundo Bodgan e Taylor (1980).

a dinâmica do campo e objeto de estudos no cotidiano. Além desta observação participante realizamos consulta nos documentos disponibilizados no Capsad, como o livro de ocorrências e prontuários; e também tivemos participação periódica nas reuniões técnicas da equipe.

As observações nas reuniões técnicas foram transcritas num diário de campo também chamado notas de campo, caracterizado como um registro exaustivo e detalhado do campo, após um período de observação. Nessa pesquisa foram contemplados os principais assuntos das reuniões, tais como: forma de funcionamento da equipe e posturas dos profissionais frente às questões surgidas durante os encontros, bem como a discussão dos casos trazidos para a equipe.

O tempo de permanência na instituição foi em torno de quatro meses, durante o qual foi possível participar de 12 reuniões, atingindo o nível de saturação quando os conteúdos começam a se repetir, sem acrescentar informações novas para os interesses da pesquisa. No primeiro mês foi observado o funcionamento do serviço em geral, rotina e procedimentos da equipe.

Nos meses subsequentes os profissionais de nível superior foram convidados a agendar as entrevistas, do tipo semi-estruturadas. O roteiro da entrevista (Apêndice A) foi esquematizado em dez perguntas sobre: ingresso no Serviço, prática profissional, atuação da equipe técnica, gestão e política no Serviço.

A maioria das entrevistas foram realizadas no Capsad e gravadas em MP3, para posterior transcrição e análise. Elas foram realizadas mediante o conhecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), pelos participantes, assegurando o sigilo e a preservação de sua identidade. Ao todo, foram realizadas 12 entrevistas individuais, com duração média de 30 minutos cada uma.

Da equipe de nível superior, integrada por 14 profissionais, 12 participaram. Os participantes foram: dois psicólogos, três assistentes sociais, dois médicos clínicos, dois médicos psiquiatras, um enfermeiro, um gerente clínico (terapeuta ocupacional) e um gerente operacional (psicólogo).

O projeto de realizar um grupo focal, como planejado na metodologia inicial²² não foi concretizado. O propósito do grupo focal era trazer os temas tratados nas entrevistas e buscar novas informações. No entanto, essa ideia não foi “bem” recepcionada, sendo expressa na dificuldade de horário dos técnicos e no sentimento de um momento indesejável pelos profissionais. Sendo assim, o grupo focal foi transformado num grupo de reflexão sobre o próprio processo de pesquisa, no qual foi questionado, aos participantes, como ocorreu essa experiência. Este grupo de reflexão foi concretizado num momento anterior à última reunião técnica considerada no calendário de pesquisa.

No grupo de reflexão conversei com a equipe, retomei o propósito e objetivos da pesquisa, e depois passei a palavra ao grupo para que as pessoas pudessem se pronunciar com relação à minha presença, durante quatro meses, no Serviço, e o processo de pesquisa. O feedback foi superficial, os participantes expressaram que foi tranquilo, não se sentiram invadidos e nem todos falaram. Apesar disso, no período de imersão no campo pude perceber que a minha presença representou uma ameaça para o grupo, que em algumas ocasiões demonstrou constrangimento. Esse momento de grupo foi pensado como finalizador da etapa de coleta de dados e afastamento do campo de estudos, para posterior análise dos dados. Dissertei um pouco sobre as minhas expectativas sobre a pesquisa, de contribuir na reflexão sobre o cotidiano profissional no trabalho em equipe dos técnicos no CAPSad.

Durante esse período, apesar de procurar uma “neutralidade” no processo de pesquisa, em muitas situações percebi uma resistência da equipe e respeitei esses sinais, muitas vezes expresso no silêncio dos técnicos. Dessa forma, adotei uma postura de compreensão diante do contexto vivenciado pela equipe, durante o processo de pesquisa que, em si, é um pouco invasivo.

3.3.2 Tratamento e análise dos dados

O tratamento dos dados foi realizado de forma sistemática, a partir da transcrição e leitura ampla das entrevistas; no qual considerando o referencial teórico escolhido, foram

²² Foi pensado, na metodologia do projeto de pesquisa qualificado, em janeiro de 2008, a realização de dois grupos focais (DANTAS, 2008).

organizados os conteúdos relevantes encontrados nas entrevistas. Posteriormente, esse material foi reorganizado a partir de temas gerais como anteriormente exposto, conforme Pagès et al. (1987), e subtemas que comportassem os assuntos referidos pelos profissionais. A categorização foi feita a partir da segmentação das entrevistas. Cada fala destacada foi identificada, no final, pelo número da entrevista e página em que se encontrava. O instrumento utilizado para a segmentação das entrevistas foi o Programa Word de edição de textos da Microsoft, a partir de recursos de formatação e classificação de textos proposto por Matos (1999, apud Galindo, 2003).

Essa etapa consistiu na categorização recorrente das entrevistas, realizada num movimento de junção de todo o material e reagrupamento, até a definição dos temas significativos para a análise.

A análise de conteúdo teve como base os preceitos de Bardin (1991) com o objetivo de compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente e as significações explícitas ou ocultas, e os preceitos de Pagès et al. (1987), de análise do discurso. A primeira técnica permite a redução do volume amplo de informações em características ou categorias e a produção de informação considerando-se a influência do contexto na comunicação (CHIZZOTTI, 1998). Já a segunda permite a compreensão das unidades de discurso e articulação pertinentes aos temas já delimitados.

A categorização final da pesquisa foi realizada a partir de uma categorização inicial que abordava os temas:

- O modelo de atenção e a organização do trabalho que agrupava os conteúdos referentes à objetividade do trabalho em equipe; ele foi subdividido em dois eixos temáticos ou sub-rubricas: terapêutica e gestão;
- A prática profissional multidisciplinar/interdisciplinar - Tratava das realizações cotidianas do trabalho e incluía sub-rubricas com conteúdos sobre a história da equipe e os referenciais de trabalho, quais sejam o poder e os mecanismos de identificação profissional;
- As relações entre os profissionais – Enfocava os sentimentos e desejos desenvolvidos pelo grupo em relação à sua própria constituição como equipe.

Esses temas foram reformulados, no intuito de agrupar e relacionar os conteúdos, reorganizados em dois eixos principais:

- A constituição da equipe (quem é a equipe) – Trata das características da equipe, sua história e os referenciais de trabalho, além de focar os sentimentos e desejos desenvolvidos pelo grupo em relação à sua própria constituição como equipe.

- A organização do trabalho (o que a equipe faz) - Trata das realizações cotidianas do trabalho e inclui sub-rubricas com conteúdos sobre o trabalho psicossocial em equipe.

No processo de análise tentou-se articular os temas de forma a encadear uma sequência de apreensão dos assuntos relevantes expressos nas entrevistas, como referem Pàges et al. (1987) a partir do discurso:

1. Identificar elementos do campo objetivo (política e práticas);
2. Identificar elementos do campo psicológico dos indivíduos (sentimentos e emoções);
3. Pesquisar as relações entre um e outro subconjunto.

Dessa forma, os assuntos se entrecruzam nessa elaboração, sendo separados para facilitar a compreensão.

4. EM FOCO: UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

No Recife, a instituição escolhida para ser o campo de pesquisa foi um Capsad tipo II, que abrange municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, destinado ao atendimento diário de adultos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004b). No intuito de preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa, não será revelado o nome do serviço onde foi realizada a pesquisa, nem dados que possam dar margem a essa identificação.

4.1 O funcionamento

A missão deste Capsad, de acordo com o seu projeto terapêutico inicial²³, é ser referência no atendimento especializado do uso nocivo e da dependência do álcool, fumo e outras drogas no distrito de referência, de modo a sistematizar conhecimentos para o desenvolvimento e definição de políticas públicas relativas à dependência química. O objetivo é promover ações que contemplem a educação para a saúde, o tratamento, a pesquisa e o ensino, com vista a estabelecer um padrão de referência para a comunidade recifense, nas suas inquietações com relação às substâncias psicoativas e atenção à dignidade humana.

O serviço está instalado numa casa e apresenta uma estrutura física ampla, subdividida em recepção, sala de estar, sala de grupo, sala de televisão, banheiros, copa, sala de triagem, consultórios, sala de descanso/desintoxicação, sala dos técnicos, farmácia, administração e uma área externa. A quantidade de usuários atendidos por dia no serviço nos três turnos é, em média, 125 pessoas, com uma margem de oscilação, no entanto, de acordo com a portaria do serviço a média prevista é de 45 usuários por dia, demonstrando que a demanda extrapola a capacidade de atenção do serviço.

²³ A maior parte das informações desse tópico foram extraídas do projeto terapêutico do CAPSad (que data de 2007); por motivo de sigilo, não será exposto como referência bibliográfica.

A equipe que atende esse público no Capsad é composta por 34 pessoas, incluindo todas as funções e atividades. Divide-se em técnica, administrativa²⁴ e de apoio. A primeira, de nível superior, é composta por 3 enfermeiras, 3 assistentes sociais, 4 médicos, 2 psicólogas, 1 gerente clínico (terapeuta ocupacional) e 1 gerente operacional (psicóloga); a segunda, de nível médio, é formada por 1 gerente administrativo e 2 técnicos administrativos e a equipe de apoio é composta por 9 integrantes, sendo 4 vigilantes em revezamento, 1 recepcionista, 2 auxiliares de serviços gerais e 2 copeiros.

O atendimento é diário, de segunda a sexta-feira das 08:00 às 21:00 horas, em três turnos, manhã, tarde e noite. Na admissão, a decisão pelo tratamento é voluntária, mesmo para os(as) usuários(as) oriundos das Vara de Execução de Penas Alternativas (Vepa) ou pelo 1º Juizado Especial Criminal.

A assistência prestada inicia-se com o acolhimento e triagem, que pode ser agendada por telefone ou pessoalmente, sendo realizada por técnico não médico de nível superior e caracterizada como um momento inicial de escuta do caso. Se o usuário apresentar indicação para admissão no serviço e queira vincular-se ao tratamento, ele é encaminhado ao atendimento médico, psiquiátrico e assina o termo de compromisso, de acordo com o regimento interno da instituição, sendo admitido no serviço.

A triagem também tem como finalidade oferecer subsídios à equipe para os encaminhamentos que se fizerem pertinentes, após a avaliação do médico clínico. Vale ressaltar que cada caso tem sua especificidade; sendo assim, os procedimentos são direcionados para cada usuário. Além da avaliação, a partir da queixa principal trazida pelo usuário, na triagem ocorrem as indicações para o tratamento e encaminhamento dos casos.

Após esse momento, em caso de inexistência de vagas ou dúvidas com relação à admissão para o tratamento, o usuário é encaminhado ao grupo de acolhimento, a cargo de um técnico previamente escalado. Esse grupo acontece uma vez por semana, com frequência quinzenal. Nele, o usuário pode contar a sua história, como também receber esclarecimentos sobre o tratamento desenvolvido no Capsad. É um momento para acompanhamento, avaliação da adesão do usuário ao serviço e espera de vaga. Após a passagem por esse grupo,

²⁴ De acordo com Mascarenhas (1991), técnicos são os profissionais de formação universitária que trabalham diretamente com os usuários e os administrativos são os profissionais que têm formação de nível médio e que trabalham também com os usuários, além de fazer serviços de escritório.

caso haja interesse, o usuário é encaminhado para avaliação médica e psiquiátrica e é agendada a data de sua admissão.

Feita a admissão, ocorre a elaboração do projeto terapêutico do usuário (realizado em conjunto pelo profissional, usuário e familiares), o qual consiste na formulação dos objetivos terapêuticos individuais, direcionamento da modalidade de atendimento (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo) e tipos de grupos que deverão participar, como também definição do técnico de referência (TR) do usuário (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2007).

O técnico de referência é um profissional de nível superior que acompanha a evolução terapêutica do usuário e é tido como referência pelo mesmo para resolução de questões individuais relacionadas ao tratamento no Capsad. Além de realizar os atendimentos individuais com o usuário, uma das funções do técnico de referência é acolhê-lo e apoiá-lo no tratamento de forma mais sistemática, como também contribuir com a equipe no esclarecimento dos casos e tomada de decisões referentes ao usuário. Por exemplo, quando há uma admissão é na reunião em equipe que se decide quem será o técnico de referência do usuário admitido.

Essa admissão acontece de várias maneiras. Os usuários podem chegar ao Capsad encaminhados pela rede de apoio que compreende as policlínicas, o Centro de Referência em Assistência Social (Cras) e por outros mecanismos ou por demanda espontânea. Há casos em que o técnico pode admitir de imediato o usuário. Nessas situações, geralmente o usuário apresenta uma condição bastante severa, colocando em risco sua saúde e comprometendo os vínculos profissionais, familiares e afetivos, o que motiva o técnico que se encontra na triagem a admiti-lo no serviço imediatamente.

A partir da admissão, o usuário passa a frequentar o Serviço e a participar da rotina de tratamento, começando pelo grupo de acolhimento, um grupo inicial rápido, de trinta minutos, em média, que avalia suas condições físicas e emocionais. Diferente do grupo de acolhimento do qual os usuários participam antes de serem admitidos no Capsad, esse grupo acontece todos os dias, com a finalidade de atender os casos conforme se apresentem. Para os casos de intoxicação há um técnico de suporte escalado nessas situações.

Após o momento de entrada é oferecido um lanche e posteriormente, é feita uma reunião com o grupo terapêutico, que dura cerca de 1 hora, seguido de um tempo de atividade livre, com a mesma duração. A reunião do grupo obedece a programação do dia, dividida, por

modalidades de tratamento, em: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, como também por demanda, como o grupo tabagismo. Os grupos terapêuticos são: grupo saúde cidadania intensivo e semi-intensivo, grupo reflexivo intensivo e semi-intensivo, grupo redução de danos intensivo, grupo movimento intensivo e semi-intensivo, grupo tabagismo, grupo família, grupo assembleia e grupo projeto de vida.

Todas essas atividades são realizadas pelos técnicos de nível superior em regime de escala, ou seja, cada um assume um grupo e fica responsável por ele. Vale salientar que à noite o período de tempo é menor para realizar a reunião dos grupos.

Em geral, são realizados três tipos de atendimentos individuais aos usuários, pelos técnicos: o atendimento individual com o técnico de referência, o médico-clínico e o psiquiátrico.

Quando o usuário se vincula ao serviço assume a responsabilidade pelo seu tratamento, sendo esclarecidos seus deveres, direitos e as sanções decorrentes do não cumprimento das normas estabelecidas. A transgressão das regras acarreta consequências para os usuários, podendo ser de advertência, de suspensão até a alta administrativa. As duas primeiras não rompem o vínculo do usuário com o serviço, o que difere do processo de alta, que interrompe e ocasiona o desligamento do usuário do Serviço.

Uma vez no Serviço, não existe a opção de não participar do grupo, salvo exceções; o usuário tem que ir para o grupo, ou então recebe sanções (advertência). Na reincidência da terceira advertência o usuário recebe alta administrativa sendo desligado do Serviço, mas continua em atendimento individual com o técnico de referência, até quando for percebido que o mesmo refletiu sobre a ocorrência, sendo-lhe prestados os encaminhamentos. Também ocorre alta: pelo término do tratamento (alta médica), a pedido, por abandono e por transferência, as quais podem ocorrer por diferentes razões:

- Alta Clínica: Quando o usuário(a) restabelecer seus vínculos intra e extra-familiares, através do resgate da autonomia e do processo de re(inserção) social.
- Alta por Abandono: Após uma quantidade de faltas, consecutivas ou não, a depender do regimento interno de cada unidade.
- Alta a Pedido: O usuário(a) tem autonomia de interromper o tratamento em qualquer momento de sua trajetória.

- Alta Administrativa: Quando o usuário(a) infringe as normas de funcionamento do Capsad, constantes do regimento interno específico de cada unidade.
- Alta por Transferência: De acordo com a necessidade de encaminhamentos clínicos, a exemplo de transferência para Unidade de Desintoxicação ou outras unidades de saúde.

Essa breve descrição não esgota nem resume por completo as atividades no Capsad de que a equipe participa. O cotidiano desse serviço é dinâmico e imprevisível. As questões que se apresentam surgem de uma conjuntura impactante e desafiadora para a proposta do CAPSAd.

A maioria dos profissionais do Capsad pesquisado se conhece desde a inauguração do serviço e tem uma história construída na instituição. No entanto, alguns estão na equipe há pouco tempo e foram incorporados por transferência ou admitidos por concurso. Os profissionais antigos têm construído um percurso como equipe e os mais novos formam impressões recentes sobre esse funcionamento coletivo.

A reunião técnica da equipe ocorre uma vez por semana e a cada quinze dias são realizadas duas supervisões, uma com a participação da equipe técnica e da gerência e a outra específica das gerências (operacional e clínica) com um supervisor externo com formação em psicologia.

No plano da coletividade, a reunião técnica é o único momento de encontro em que os profissionais dos três turnos se relacionam. A despeito da obrigatoriedade da presença, esse espaço propicia aos técnicos se reconhecerem como um grupo de profissionais que trabalham em uma estrutura, com um objetivo: a reabilitação e (re)integração social.

4.2 O contexto da equipe técnica

O contexto no qual essa equipe foi estudada é interessante, porque revela um momento de mudança vivenciado pelos profissionais: a implementação de uma nova grade de horários. Esse fato, no entanto, apresentou um desenrolar turbulento. Posteriormente houve

uma mudança temporária de coordenação operacional e chegaram os RDs, aprovados em concurso público.

Os RDs atuam como agentes de saúde voltados especificamente para o campo das drogas e estão sendo incorporados pelos CAPSad como técnicos que podem compor a equipe multiprofissional. Este profissional abre caminhos pelos grupos de convívio dos usuários de drogas, através de uma aproximação com os mesmos, promovendo espaço para orientação sobre comportamentos de risco e condutas de proteção da saúde, alcançando-os diretamente (PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE, 2007).

No plano técnico, a equipe em foco nessa pesquisa apresentava uma defasagem de profissionais e atravessava um período de finalização de uma gestão política. Foi nesse cenário que a pesquisa aconteceu, sendo entrevistados os profissionais da equipe técnica responsável pelas intervenções com os usuários. A escolha foi orientada, considerando os desafios colocados para um trabalho terapêutico que presume a partilha de saberes entre profissionais de formação superior, tal como discutido anteriormente.

Considera-se que essa classe de trabalhadores são participantes importantes para a confirmação de uma nova estrutura de práticas e serviços na área de álcool e drogas. Há algum tempo atrás essa questão era vista de forma segmentada por profissionais dessa mesma hierarquia.

5. O TRABALHO EM EQUIPE

Apresentamos a análise do material, a partir de dois temas principais: a) a constituição da equipe (quem é a equipe); b) a organização do trabalho (o que a equipe faz). Esses itens foram organizados na tentativa de formulação de uma lógica de análise. Como ponto de partida, destacamos o funcionamento do trabalho baseado no processo de constituição da equipe.

5.1 A constituição da equipe (quem é a equipe)

5.1.1 A fundação

A história da equipe se confunde com o histórico do Capsad. Essa relação decorre do tempo de existência do Serviço (4 anos) e do início como referencial mencionado pelos profissionais entrevistados.

... o início foi uma coisa que a gente não pode deixar de dizer que foi mesmo uma coisa meio perdida pra todo mundo (8,1).

Nesse período inicial, o Capsad estava numa fase de organização e, para realizar essa tarefa os profissionais aprovados previamente em concurso foram convocados a se apresentar e participar da estruturação física do Serviço, capacitação e construção do projeto terapêutico. Eles não sabiam como seria o trabalho, sendo assim, a capacidade de adaptação individual dos profissionais tornou-se o primeiro fator de aproximação no Serviço ainda em constituição.

... a maioria dos técnicos que compunham a equipe não sabia nem o que era Caps, na verdade nós tínhamos apenas duas, a psiquiatra e uma psicóloga que tinham experiência e vivência com projeto de atenção a usuários de álcool e outras drogas e os demais eram desconhecedores da discussão (6, 1).

Os fragmentos de entrevista abaixo citados indicam os desafios enfrentados pela equipe:

... E aí eu me lembro que no início foi tudo uma confusão assim cada um se perguntando o que é que iria fazer com aquele usuário que chegava (6, 1).

... a gente teve muita dificuldade no comecinho, que era uma coisa totalmente nova a gente não trabalhava com isso e de repente foi trabalhar com esse pessoal ... e a gente entrou aqui, caiu de paraquedas ... (8, 1).

Essa expressão “*paraquedas*” tem uma conotação interessante, porque remete a surpresa e choque quanto ao formato de trabalho psicossocial e público em álcool e drogas. Como também parece apontar uma sensação de desorientação quanto à estrutura de trabalho, um estranhamento da situação.

Inferimos que o engajamento da equipe no primeiro momento (inauguração) funda-se na produção do serviço em torno da concretização do projeto institucional. Nesse momento, são expressos medos e ansiedades em torno da tarefa que o grupo deveria realizar: constituir uma prática institucional de atenção à saúde de usuários de drogas, segundo o modelo psicossocial. Destaca-se, nesse momento inicial de organização da equipe, a presença de uma liderança entendida nessa equipe como a pessoa que orienta a ação.

A gerência do Capsad foi citada nessa posição como fundamental no direcionamento das atividades e funcionamento da instituição.

...ela sabia da inexperiência da equipe, então ela tava aqui quase o tempo integral, então tudo ... tava a frente, tudo a gente corria pra ela, a gente não tinha muita autonomia (11, 5).

A referência a essa gerência torna-se um dado relevante porque dimensiona um desenho de organização grupal, em torno de uma figura central. Consideramos que é possível identificar, nesse momento, uma característica da equipe mais de agrupamento do que de integração de trabalhos, conforme afirma Peduzzi (2001). Associa-se a essa questão a ausência de ruptura com a hierarquia, o que nos leva a considerar que ainda não estamos diante de uma equipe multidisciplinar (KODA, 2002).

5.1.2 As mudanças vivenciadas pela equipe

Com o decorrer do tempo, movimentos de saída e de ingresso de novos técnicos na equipe marcam o grupo:

... saíram eu acho que umas 6 pessoas, mas já saiu um bocado de gente, aí muda, ... (5,6).

... eu creio que outros saíram pela pressão do próprio trabalho, viram que não estavam aptos a trabalhar (3,1).

A saída desses profissionais parece ter fortalecido os medos e ansiedades comuns do momento inicial de constituição do grupo, ocasionando sentimentos de enfraquecimento e ruptura da estrutura grupal em processo de configuração. A partir de Koda e Fernandes (2007) compreendemos que a desagregação do grupo inicial ocasiona um processo de crise a partir das fantasias de destruição do grupo, como refere Anzieu (1993, p. 108): “o temor de sofrer a quebra ocorre ao mesmo tempo em que sofre a formação, se a regulação funciona mal, ele deseja a quebra, é o que chama de formação”.

Os motivos de saída dos profissionais são parcialmente referidos nas entrevistas e geralmente relacionados às dificuldades no desenvolvimento do trabalho.

... já saíram várias pessoas porque não é um trabalho fácil, muita gente não aguenta, não tem estrutura e sai porque ... realmente... é pesado (5,6).

Esse assunto parece ser tratado pela equipe como um segredo, algo que não pode ou não deve ser revelado, o que configura uma estrutura imaginária grupal, como refere Anzieu (1993). Nesse caso, as representações em torno dessa saída não são manifestadamente expressas.

Outra circunstância que merece atenção é a inserção de novos profissionais na equipe em momentos distintos no Capsad, que ocasiona situações adversas e um clima grupal conflituoso em equipe, perceptível através dos relatos:

...quando eu cheguei eu achei uma recepção fria da equipe ... achei um negócio meio frio assim ... não achei nesse sentido uma equipe receptiva e calorosa não (7,4).

... eu cheguei nessa fase que havia muita guerra aqui dentro, eram grupos diferentes ... mas eram grupos mesmo separados ... (4, 10).

Com a chegada dos novos profissionais não houve uma receptividade e integração ao grupo. Em contraponto, esses profissionais recém-chegados também sofreram perdas nas suas vinculações referenciais de equipe. Entende-se que essas diferenças na equipe podem ocasionar dificuldades nas relações interpessoais e grupais entre os profissionais, como mencionado:

... me adequei a essa situação porque ela já estava assim, eu me adequei bem, sem dificuldades, o que eu sinto falta é dessa integração maior (7,3)

Nesse processo de estruturação do serviço, como também de conhecimento e adaptação afetiva entre os profissionais, apesar dos conflitos e dificuldades na realização da

tarefa, compreensíveis nesse momento, o grupo tornou-se um espaço de apoio psíquico e profissional para a equipe, que construiu uma identificação.

- A gerência

A figura da gerência parece representativa, pois o processo de identificação com essa liderança a princípio administrativa e gerencial parece ser introjetada como a imagem de uma mãe, já que são referidos conteúdos de proteção.

...no início ela (a gerente) ficou muito mãezona da gente, porque ela sabia da inexperiência da equipe então ela tava aqui quase o tempo integral (11,5).

...(a gerência) É uma coisa muito forte construída com muitas coisas boas assim porque participou desde o começo (12,5).

Recentemente houve mudança de gerência do Capsad, a partir do núcleo central da gestão (prefeitura). O afastamento temporário e substituição dessa figura “materna” parece ter provocado, nos técnicos, sentimentos de orfandade e apreensão, sentidos como frustração, abandono e insegurança pelos profissionais.

... a gente tá sentindo falta dessa liderança, que faça com que o grupo se articule. (O 16, pag 49).

Nesse contexto a escolha dos gestores locais, principalmente dos Caps é destacada como um aspecto importante. Um profissional mencionou que se sente incomodado quanto à contratação do gestor do Capsad sob a forma de cargo comissionado, o que para ele representa uma imposição política.

... acho que os gestores deviam ser escolhidos entre os concursados (3,10).

... vem pessoas desconhecidas (para a gestão) sem muita habilidade chegam para definir o rumo e já impõem aquele rumo (3,10).

A posição de gestão/direção específica do Capsad parece se caracterizar como uma função de mediação política, por isso mesmo um cargo de tensionamento entre os interesses específicos da instituição e os objetivos organizacionais ligados à coordenação do Programa Mais Vida. Sendo assim, torna-se alvo de alianças e divergências. Ela representa também uma posição de poder, que é corroborada pelos técnicos em alguns momentos e criticada em outros, sendo peça fundamental quando a resolutividade não é alcançada pela equipe, o que autoriza uma definição decisiva do gestor.

... A gente só pode fazer o que a gente tem pernas pra fazer e eu acho que o que a equipe também tem que perceber é que o Caps pra funcionar precisa, tem outras coisas para que ele esteja funcionando (12,3).

Nas entrevistas, os profissionais apontaram o gestor do Capsad como responsável por gerir a equipe e mediar as discussões, possibilitando a construção de resoluções democráticas. Observa-se que a ideia de um responsável permeia a organização da equipe, a ele é atribuída a função de coordenar uma discussão desejada horizontal, democrática e coletiva pelos profissionais:

... existem os múltiplos saberes, os coordenadores e os gerentes eles tem a função de ta puxando as discussões na reunião para que cheguem a fazer se tornar um saber único e com ele ... se venha a gerir as demandas da instituição (6,3).

... na prática quando vai para uma reunião acaba a gente dando os encaminhamentos aqui, ali, já traz uma coisa pronta ... não traz pra equipe ...ainda falta esse modelo ser trazido para a equipe (10,9).

Pode-se dizer que, sob a proteção de um líder com o qual estabeleceram uma dependência, a equipe organizou o seu funcionamento e se paralisou. A dependência é uma situação típica da fase infantil, que responde, no grupo, ao desejo/sonho de um chefe inteligente e forte que responda por todas as situações. Matos (2000)²⁵, em seu artigo sobre os organizadores sociais trata dos processos que organizam os grupos e refere os organizadores imaginários como aqueles que operam fundamentalmente com o imaginário grupal e os processos inconscientes de identificação. Nesse aspecto, considera que o grupo parte de uma relação mais dependente para se constituir de forma autônoma e atravessa três níveis: o de identificação com o líder, rompimento da dependência e autonomia grupal.

5.1.3 A estruturação da equipe

Consideramos que a equipe se encontra na primeira fase, de identificação com o líder, o que demandaria, na direção da autonomia, um trabalho grupal de reorganização interna. Um certo nível de organização da equipe é percebida, entretanto, em torno de questões objetivas e

²⁵ Matos (2000), no estudo realizado em assentamentos de reforma agrária, no final da década de 90, identificou três modalidades de organizadores – instrumentais, simbólicos e imaginários – os quais, apesar de apresentarem funções específicas e se manifestarem, predominantemente, em certos momentos, têm como característica o fato de serem transversais e existirem simultaneamente, nas diversas situações.

concretas, o que parece indicativo da presença de organizadores instrumentais, segundo Matos (2000).

No caso pesquisado, a estruturação física do Serviço e das práticas parece ter sido um organizador instrumental para a equipe e uma etapa importante porque possibilitou aos profissionais ter contato com o ambiente e as práticas previstas para a instituição, conforme referido:

... a gente já entra no serviço, entrou no Caps vendo a casa, os locais de atendimento, as salas, observou isso tudo quando não tinha ainda nenhum usuário circulando no serviço, a cor que queria, o jeito, pode opinar sobre isso, acho que foi importante (E. 10, pag. 3).

Essa aproximação com o ambiente de trabalho convergiu os profissionais para um objetivo comum: a organização estrutural do serviço e tornou possível para os mesmos se posicionassem frente à proposta psicossocial na atenção em álcool e outras drogas.

... eu me lembro até que quando a gente tava construindo o CAPS, aí falava vai ter o consultório médico aí alguém falava, não me lembro na época quem falou, tinha os consultórios psiquiátricos nos hospitais psiquiátricos tinha até uma cigarra que você apertava se você passasse alguma situação de risco pra alguém entrar, que a gente até pensou, agente vai colocar não vai, mas ... a gente nunca passou por uma situação assim, raramente...(8, 4).

Observa-se, no trecho da entrevista, que as referências na constituição inclusive física do ambiente do Capsad recebem influência do sistema psiquiátrico, aqui expresso na possibilidade de construir dispositivos de “proteção” para os profissionais diante dos futuros usuários do serviço, aos quais associa-se o medo historicamente construído em torno das pessoas em sofrimento psíquico. Na prática, ocorreu o confronto com o modelo asilar para adoção de uma postura diversa dessa lógica em relação à droga, à dependência e ao modelo de abordagem profissional.

Nesse âmbito, torna-se importante destacar a preocupação com a não reprodução das práticas hospitalocêntricas, pauta permanente no processo de confirmação da reforma psiquiátrica, que demanda uma vigilância por parte de todos os atores envolvidos nessa assistência.

Após esse período estrutural, ocorreram várias transformações no Serviço. O Capsad passou por um momento de transição, em que alguns direcionamentos estavam em processo de definição, como o quadro de atividades dos técnicos e seus horários. Nesse contexto, a equipe parece ter passado do encantamento inicial as limitações cotidianas da prática.

Foi possível perceber um clima de insegurança do grupo dos técnicos quanto ao fechamento de uma nova grade de atividades e definição das funções de cada profissional. Essa situação assemelhou-se a um cabo de forças: de um lado, os técnicos que não suportam discutir o assunto e, do outro, profissionais que resistiam em funcionar conforme a grade de atividades já definida, pois consideravam que havia necessidade de muitos acertos sobre os grupos que coordenavam e suas possibilidades de horário. Esse assunto parecia ser a pedra de toque e ficou evidente uma expressão de esgotamento dos profissionais.

... ainda bem que deu certo (a mudança), mas eu acho que isso prejudica que só, era uma equipe que vinha funcionando bem (8,7).

O momento de mudança de grade e discussão dos arranjos foi referido pelos profissionais como angustiante, difícil e solitário. Um técnico fez uma análise sobre essa questão e referiu que:

... é a luta do eu sozinho, porque algumas discussões eu acho que a grande maioria ...quando são objetivas elas se tornam mais fáceis quando há um fio condutor, mas o discurso é de eu livrar o meu, então se angustiaram mais ainda, ficou a corrida ao ouro (2, 12).

De modo geral, considerando a hipótese de que o grupo não apresentava um nível de integração nem características que apontassem para uma consolidação de sua unidade, esses desconfortos relacionados à mudança da grade de atividades parecem expressar ainda mais o quão angustiante e ameaçadora se apresentava a vivência de se constituir enquanto equipe.

Por outro lado, as conversas presenciadas no Capsad evidenciaram que alguns membros da equipe, mesmo se sentindo coagidos e revoltados diante da situação, demonstravam uma preocupação na otimização do tempo, organização dos horários e da grade de atividades e distribuição dos técnicos, por dia, na instituição.

A modificação institucional do formato de trabalho dos profissionais, que inicialmente eram plantonistas e passaram para diaristas parece ter sido o motivo que deflagrou, na equipe, os desconfortos constatados. Tal mudança foi administrada pelo órgão gerencial do CAPSAd em consonância com a orientação de instâncias superiores e, apesar de informada na equipe, ela não foi bem recebida. Este fato pode ser observado nos discursos dos técnicos:

...a gente passou por uma época meio de conflito aqui porque teve que reconstruir a grade a prefeitura solicitou que mudasse, que esse CAPS era pra ser 24 horas, todo mundo que veio pra cá ia dar plantão então depois ele nunca virou plantão (8, 7).

... a equipe tem uma historia realmente que entraram com uma proposta de trabalho depois não foi o que foi realizado, foi feito um acordo onde a equipe funcionaria de uma forma e depois de quatro anos a equipe passa a funcionar de outra. Isso, claro

que eles sentiram, continuam sentindo e ainda vão sentir por algum tempo, isso tem que tá muito claro e bem exercitado para que essa forma de funcionamento venha se desfazer (12, 4).

... foi desgastante demais pra chegar a isso, acho que ainda tá meio perdido tem ajustes para serem feitos, como é que pode ser feito também eu não sei tem algumas coisas soltas (11, 20).

... então a grade tá lá, se a grade é tradicional, não funciona, de repente é coisa... Tem que ter uma estrutura assim, mas tem que ter essa visão de flexibilidade, de saber que as coisas vão funcionando (1, 10).

A mudança é entendida como um processo desgastante. Nesse sentido, há dois discursos, um explícito e outro oculto, em oposição constante. O primeiro diz respeito ao que consta oficialmente e é anunciado, ou seja, a mudança é ratificada institucionalmente; já o segundo, que não é dito, circula nesse espaço como evidências silenciosas prestes a eclodir nesse cotidiano, a sensação de ameaça.

.... o negócio é não ... fazer uma grade, uma rigidez de ter que mudar (1,10).

... essas coisas que tiveram aí em relação à grade eu não entendo exatamente o porquê (8,7).

... Eu não entendo certas coisas porque quase que agente perde muita gente por conta de uma mudança e que se tava funcionando tão bem do outro jeito pra que é que tem que mudar? (8,7).

No discurso oculto dos profissionais parece prevalecer a ideia da imposição de uma nova programação de horário, gerando sentimentos de revolta e perplexidade, decorrentes também de uma interpretação de punição aplicada pelo órgão gestor à equipe do CAPSad, que não reconhece essa normatização como decorrente de uma medida “administrativa”, mas como uma perseguição, pelo próprio imaginário construído em torno da instituição, de seus referenciais de sucesso e eficiência. Como menciona Lourau (1975), na instituição existe um sistema oculto de normas, valores e modelos que direcionam as condutas.

Em contraposição, o programa em nível central que gerencia o Capsad²⁶ mencionou que havia necessidade de uniformizar o funcionamento dos serviços previstos em portaria, já que o projeto original para esta unidade, de ser um Capsad 24 horas, não foi concretizado.

Há, nesse meio, ainda a expressão de que os acordos entre os profissionais e a gerência do Serviço não foram respeitados por esta última.

...exigir que a gente se tornasse diarista, não sei se tu sabes um pouco da historia disso, ... porque foi imposto e era uma coisa que a gente tinha vivido uns quatro

²⁶ Dados colhidos em visitas realizadas ao Programa Mais Vida, em outubro de 2008.

anos, .. a questão foi por acordos, só que foram acordos verbais aí voltou-se atrás (11, 18).

Nesse sentido, devido à relação construída com essa gerência (de proteção e direcionamento) a situação expressa como a quebra do acordo em relação ao sistema de trabalho parece ser identificada na equipe, com sentimentos de traição, decepção e angústia.

Um dos aspectos que chama a atenção é o medo da perda da unidade da equipe, o que caracteriza um sentimento de pertença dos profissionais ao grupo do Capsad. Por outro lado, essa unidade não aparece como marcante no cotidiano dos profissionais, sendo visível o isolamento destes na realização das atividades. Essa discrepância de posições parece apontar que, mesmo fragmentada, permanece algum vínculo na equipe, que funciona no sentido de manter um imaginário de unidade e simbologia institucional.

Segundo Kães et al. (1991), a formulação de novas práticas expõe os profissionais ao desconhecido e gera o sentimento de angústia diante do inusitado. Essa realidade ocasiona, no indivíduo, a ruptura psíquica, e ameaça a integridade do ego; sendo assim, as referências de identificação são questionadas para a reelaboração da identidade profissional que pressupõe a ressignificação do saber.

De certa forma, manifesta-se uma concepção primeiro de agrupamento, conjunto, e depois de grupo, de aprendizagem e tarefas. O que une a equipe terapêutica parece ser um objetivo institucional que exige competências específicas. Como grupo, a equipe motiva os participantes também pelos seus interesses individuais que são importantes para manter o dinamismo da equipe, desde que associados ao objetivo do grupo. Esse início do trabalho na instituição foi bastante mobilizador para os técnicos, que ainda se encontravam na fase de formulação de uma conduta de trabalho e convivência como uma equipe. Porém, apesar de maior familiaridade com as práticas e funcionamento do serviço, muitas questões afloraram no cotidiano da equipe.

5.1.4 As tensões da prática em equipe

É inegável que a equipe formulou um projeto de atenção, sedimentou as práticas baseadas num aprendizado teórico-prático, porém parece que não manteve a unidade e aos poucos perdeu a motivação, a representação interna.

... quando se possui uma equipe que começou, que foi aquela coisa assim, quando chegou, aí ela meio que se desfez e a gente teve que continuar trabalhando assim entendeu?(8,8).

De fato, a instituição atravessou um período de muitas mudanças que parece ter culminado num movimento de resistência da equipe. Sendo assim, a prática dos profissionais e as relações em equipe sinalizam abalos, expressos nos sentimentos de angústia, frustração e na sensação de desgaste dos técnicos, atribuída à demanda, ao trabalho, à precariedade e à falta de apoio.

... são várias coisas que você tem que dar conta e a coisa funcionar, é difícil e isso estressa muito as relações porque o profissional está muito preocupado em dar conta da demanda dele, mas no final das contas você percebe que não é só aquilo que ele tem que dar conta, é algo muito maior (4,5).

... pessoalmente, teoricamente eu diria que eu sou uma pessoa frustrada, nesse sentido é pessoal... eu chego o limite de agüentar o CAPS as vezes eu passo um período de miolo mole e mando todo mundo pro inferno, mas é muito da minha insatisfação, da minha frustração..., eu acho que se poderia fazer mais e mesmo se a gente fizesse mais a gente se depararia com outros limites (6,5).

... os técnicos poderiam ser solidários uns com os outros (12,5).

Esses sentimentos interligam-se à gestão, mas remetem à equipe. A tensão parece estar relacionada ao Serviço, à problemática, à estrutura, mas sinalizam que são mediadas, em nível individual, pelos técnicos. De acordo com Cesarino (1991, p. 44), no Caps “as dificuldades são sérias, mas para desenvolver um trabalho como esse é necessário apossar-se do que se faz”.

Nesse contexto, a reunião técnica se caracteriza como a única oportunidade de encontro de todos os técnicos de nível superior do Serviço, com a participação esporádica de algum membro do corpo administrativo.

... meu maior contato com as pessoas é na reunião técnica de equipe, as vezes eu escuto algumas situações, quando situações mais complicadas, eu discuto com alguém ou a pessoa vem discutir alguma situação comigo, mas são coisas mais pontuais (7,5).

Inferimos que a unidade material da equipe se resume ao momento da reunião técnica e, apesar de ser um momento importantíssimo, os profissionais demonstram não suportar esse encontro, expresso nas atitudes de impaciência e na necessidade de se retirar, devido ao horário da reunião, que acontece à noite. Nesse espaço de tempo, os profissionais se retiram, um a um. Essa atitude evidencia um movimento próprio do grupo de insatisfação e incoerência organizativa frente à tarefa, caracterizando o grupo na fase da pré-tarefa, como já mencionado anteriormente. Conforme esse entendimento, a resistência ocorre como um

mecanismo de defesa do grupo acerca dos conteúdos recalçados, não-ditos. Quando esse conteúdo não vem a tona, pode impedir a evolução das tarefas e o desenvolvimento do grupo, levando a conflitos.

A reunião técnica, como prevista no projeto do trabalho, é legitimada como um espaço para discussão de casos e gerenciamento de questões; no entanto, apresenta uma conotação negativa para os profissionais, sendo referida como cansativa, pouco produtiva e tensa, ao invés de ser um momento de interlocução, debate e produção de saberes.

... Na reunião técnica que é um momento que a gente para na unidade, que agente reflete sobre os usuários que são admitidos, que estão em tratamento que estão em modalidade, que faz estudo de caso clínico, que dá os encaminhamentos que pode ter esse olhar de diversos profissionais de saúde (10,9).

... As reuniões ... são muito cansativas, longas e as vezes eu acho que são de certa forma pouco produtivas ... podia ter mais direcionamento, discutir mais coisas (1,5).

... Se leva seis meses discutindo o mesmo caso, é um disco enganchado, não se resolve nada (3,12).

A falta de direcionamento e definições parece ser marcante, sendo reportada ao aspecto organizacional e cumprimento de horário. Nesse âmbito, o trabalho é visto como isolado, sem suporte e sem investimento da gestão política. Mais uma vez as dificuldades da equipe são refletidas em outros aspectos, principalmente no momento da reunião, período em que o grupo se reúne, para suportar as pressões, as cobranças e assim escamotear os medos ou expressá-los. Além disso, cada técnico assume uma postura nesse momento, de apatia, de defesa, de bode expiatório, caracterizando um grupo em fase inicial de trabalho, com resistências a vencer.

... falta alguma coisa nessa reunião, eu já coloquei isso na própria reunião, falta objetividade, eu acho que se cria um espaço às vezes de sei lá de acusações de coisas desse tipo assim (7,3).

... as reuniões são muito pesadas, normalmente são reuniões muito de cobranças (4,11).

... a reunião é cansativa e você sai tenso, eu pelo menos eu saio daqui extremamente tensa é como se você ficasse o tempo todo esperando algo que eu não sei o que é, pra você se colocar e não pode ser assim (4,11).

Na equipe, o espaço de discussão representado pela reunião técnica equipara-se efetivamente a um momento de divergências, disputa e conflitos. Também se configura pela tensão no processo de decisão e resolução dos casos, sendo individualizadas as questões coletivas. Necessariamente o conflito não se caracteriza como uma ocorrência negativa, no entanto, quando não trabalhados, os conflitos geram novas divergências e subgrupos, que

afetam as possibilidades de realização de ações em equipe, como a própria discussão e resolução de casos. Contrariamente, quando bem aproveitados, são considerados produtivos. Na maioria das vezes esses encontros são inconclusos e neles acarretam uma apatia grupal.

Apesar de ser evidente a paralisação de uma ação conjunta, os profissionais apresentam ideias de mudança, mas não expressam uma estrutura de um grupo consolidado.

... os próprios trabalhadores se unirem, ou tentar montar um fórum de discussão trabalhadores em álcool e drogas, de melhorias por condição de trabalho, sabe não vi ainda (10,7).

Quando a efetivação de alguma proposta é iniciada, ela não consegue ter sucesso porque há sinalização de uma postura de inação dos técnicos proveniente de um sentimento de medo e impotência.

... na equipe técnica mesmo não existe nenhum momento da gente sentir como é que o grupo ta?, da a palavra a cada pessoa do grupo, monopoliza só uma pessoa fala, so fulano fala e aquele que entrou mudo ele sai calado ele não falou nada (4,11).

... A gente só pode construir se cada um der sua contribuição participar diretamente dessa construção e a gente defender isso como um movimento mesmo (6,5).

Parece que a equipe faz uma tentativa de organização e assim expressa a sua natureza de instituinte originário, entendida como a capacidade de agir frente às deliberações institucionais. Entendemos que, a partir do momento em que os técnicos começarem a questionar, a expressar as restrições da prática em equipe e a visualizar os agentes de poder, terá início um movimento para a estruturação da autonomia coletiva. Todavia, a concretização desta só será possível a partir do envolvimento de todos; havendo primeiro a sedimentação de um grupo estruturado e depois a reconfiguração das posições de cada um.

Em equipe, a consideração desse aspecto é essencial, porque se ela não consegue se organizar de forma autônoma é sinal de que esse processo encontra-se na fase inicial. Percebemos que a equipe constrói uma discussão crítica sobre o Serviço e as práticas, mas visualiza dificuldades na resolução das situações.

... eu percebo que na prática da gente, alguma coisa escapa, eu não sei se sempre vai escapar, mas assim é importante que escape, esteja escapando porque a gente .. porque realmente não dá pra dar conta, mas não porque a gente deixou de fazer o que poderia ter feito (9,8).

... todo mundo só altera se a gente se posicionar, se a gente começar a dizer, olha mais a nível de Caps o que rege, como é o princípio aqui, existe uma participação, que a discussão pode ser conjunta, se não a gente acaba reproduzindo aquela lógica do hospital, do saber, do médico saber é que é o principal e assim os encaminhamentos, encaminha pra nutrição, encaminha pra psicologia, encaminha pro serviço social (10,2).

Inferimos que a decisão em equipe caracteriza-se como um processo atravessado pelo poder, construído nas relações em equipe. Nas características técnico-profissionais, sendo um processo desafiador.

... algumas profissões ainda tendem a não ter essa lógica de decisão em grupo ou poder participar, decidir em conjunto, ainda é um caminho a ser conquistado da proposta ... do Caps, de participação, de decisão que seja de equipe, eu acho que a gente tem muito a avançar (10,3).

Nesse ambiente, as resoluções são tomadas de forma isolada.

... o direcionamento que é dado, a gente tem uma dificuldade ainda grande, porque isso pra ser colocado pela equipe, muitas vezes acaba o profissional tomando sua própria decisão sozinho (10,5).

... Eu sozinha vou ter que definir o que é que eu vou fazer com o usuário porque a reunião não funciona como deveria funcionar (6,4).

Essa consideração parece estar relacionada a uma tensão entre as categorias profissionais e a uma escuta deficitária entre os mesmos, o que pode expressar a comunicação deficitária entre os integrantes, impossibilitando a vivência de equipe.

... Cada um tem seu espaço, seu mérito e sua competência, não entrar na área do outro (3,7).

... É raríssimo um médico falar assim, vim discutir um caso, é mais enfermeiros, isso assim cotidianamente naqueles pequenos grupos (6,7).

... Precisa ser escutado mais, esgotado mais, a fala de um (técnico) para que outro possa compreender isso a partir da fala do outro trazer a sua contribuição (9,5).

É então que os próprios técnicos questionam:

Se cada um faz o seu, como é que pode falar de interdisciplinaridade? (2,13).

E refletem:

Na prática a gente acaba algumas vezes legitimando essa forma do poder médico, o saber, de alguma forma a gente acaba reproduzindo isso, através de alguns momentos das decisões mesmo que devia ser em equipe, em alguns momentos são tomadas decisões ainda individuais (10,2).

Destacamos que a existência de uma tensão entre as categorias profissionais pode ser observada, principalmente entre o profissional médico e os profissionais não-médicos de outras categorias profissionais que compõem a equipe, relacionando-se a um saber e formação profissional.

... mas parece que o lado médico as pessoas criam muros, não somos nós médicos não, criam muros ao invés de criar pontes, aproximar mais e ser humilde e pedir orientação, mas eu vejo muito aqui mesmo quando o médico diz sua opinião daí fazem o contrário, não sei por quê (3,9).

... os médicos são totalmente separados, são um apêndice dos técnicos (2,13).

No modelo psicossocial implementado no Capsad essa tensão deve ceder lugar à construção coletiva, no entanto há o entendimento de uma uniformização e isonomia profissional que dificultam o trabalho em equipe e relacionam-se às especificidades e atribuições profissionais definidas politicamente, como, por exemplo, a carga horária dos médicos, de 20 horas semanais, em detrimento das outras categorias profissionais, que têm uma carga de 30 horas semanais, além da diferença de remuneração. Entende-se que as diferenças são evidentes, no entanto a completa homogeneização das atribuições e salários não garante a construção de um trabalho em conjunto e participativo. Provavelmente, se houvesse a isonomia completa surgiriam novas diferenças e discordâncias.

... Eu sempre senti uma solicitação grande da equipe que a gente participasse mais, é uma coisa assim, eu faço isso, eu quero que o médico faça, se eu sou TR, eu quero que o médico seja TR, se eu faço grupo, eu quero que o médico faça grupo (8,2).

As diferenças são remetidas também às funções e atividades profissionais. Para os profissionais não-médicos existe o entendimento de que têm um maior número de atribuições, em detrimento dos médicos, que realizam apenas os atendimentos clínicos e psiquiátricos. Essa forma de organização encontra-se prevista pelo Serviço que, ao concretizar esse tipo de funcionamento em equipe parece ocasionar uma quebra na sistemática participativa e relações de trabalho, comprometendo também a concretização do funcionamento interdisciplinar.

Nesse aspecto, a relação entre os profissionais apresenta-se baseada no respeito às individualidades. A superação dessa característica em favor de uma dinâmica grupal parece não ser possível, considerada como algo “insuportável”, o que é interessante, pois remete a um esforço de trabalho interno do grupo em direção à autonomia.

... o Caps ele aproxima muito (os profissionais), então quando ele aproxima muito se a gente não tiver cuidado a gente pode tá num espaço que não suporta determinados momentos, eu falo de relações pessoais mesmo, relações de trabalho (9,7).

Aparece como queixa o fato de não se considerar a identificação do profissional com o local de trabalho e com o tipo de serviço:

... não poder escolher ... se você se identifica com a saúde mental, se identifica com o hospital, com a policlínica, eu acho que o servidor teria um ganho pra instituição quando ele vai trabalhar e pra ele mesmo a participação no trabalho (10,2).

... a gente tem que saber da nossa identificação com naquele lugar para que a coisa flua, você não vai vê nada como barreira (9,9).

Essa característica do funcionamento do Serviço acena para um cotidiano marcado por cobranças entre todos da equipe, além de um engessamento que inibe a criatividade e o interesse no desenvolvimento de ações coletivas, como também uma tensão entre o desempenho profissional, o perfil técnico e a postura como membro da equipe.

... Não é todo mundo que tem o perfil para trabalhar em certas áreas (3,6).

... ninguém cria mais, ninguém inova mais, uma grande acomodação (3,11).

... os conteúdos dos grupos são muito aleatórios cada um faz o que quer, preenchendo seu horário ta tudo resolvido (3,3).

... A gente se dilui um pouco dentro da equipe e de repente perde um pouco a identidade, não perde totalmente porque é muito difícil você perder a sua identidade profissional se você tem isso bem formado (11,12).

Koda e Fernandes (2007) mencionam que as referências identificatórias que poderiam dar um parâmetro de atuação ao profissional se encontram em um processo de transformação constante. Essas transformações processuais ocorrem através da desconstrução de um modelo e paralela construção de ações de caráter contínuo e de longo prazo, não restritas ao âmbito técnico, mas ampliadas aos domínios político, cultural e ético.

5.1.5 As dificuldades de comunicação

De acordo com as diretrizes do modelo psicossocial a concepção da prática em equipe pauta-se na valorização do espaço de troca e discussão entre os profissionais. Nesse aspecto, o diálogo é visualizado como um instrumento da prática, mas no cotidiano a comunicação em equipe foi referida como falha, ocasionando conflitos.

... ainda há uma dificuldade de tentar falar a mesma língua, de tentar agir do mesmo modo, é muito caótico ainda (4,4).

... o trabalho em equipe é desgastante, também são muitas pessoas reunidas com pensamentos diferentes, com olhares diferentes, que nem sempre se acompanha, a comunicação é falha (11,15).

Ao acessar o livro de ocorrência da equipe foi possível perceber que em vários comunicados, as anotações são bastantes técnicas, objetivas, mas mencionam também a quantidade de usuários recebidos por turno, entre outras coisas mais burocráticas. Cada técnico tem uma forma própria de escrever, sendo assim percebi registros curtos e outros longos, detalhados. Essa pluralidade de formas de comunicação permite o compartilhar de

muitas informações, expressão de sentimentos, como também de divergências e diferenças de opiniões. O discurso escrito apesar de ser caracterizado como formal, é visto como agressivo por alguns técnicos, ou seja, o registro também expressa a discrepância de opiniões.

Foi possível observar, no discurso, uma referência à falta de disponibilidade pessoal dos técnicos para a realização de um trabalho em equipe.

... na prática isso não se efetiva muitas vezes porque o profissional ela não está disponível, muitas vezes ele não tem o interesse que aquilo aconteça, ou ele não se disponibiliza, não ... (9,1).

O trabalho isolado caracteriza-se como uma referência marcante na prática dos técnicos, que contrapõe a proposta psicossocial e dimensiona uma reflexão que não se resume à reunião dos profissionais, mas fundamentalmente ao compartilhamento entre eles.

... as pessoas são individualistas, cada um faz a sua atividade (2,5).

Salientamos, porém, que o individualismo é um traço característico que se relaciona a uma tendência social contemporânea. Essa individualidade encontra-se agregada a valores de ascensão e status social. Sendo assim, a perda de uma postura profissional de controle e institucionalizada para o desenvolvimento da escuta são aspectos importantes. Nesse locus, o poder e o saber conferidos às profissões, no campo de domínio e apreensão técnica, constituem um dos fatores que devem ser (re)considerados no trabalho em equipe (CESARINO, 1991).

... Um bando de gente reunidos dos mais diversos contextos vem de várias histórias de vida e profissionais, enfim se reúne com um conjunto de poder, sabe, fica, não entra em acordo (11,1).

No discurso dos profissionais identificamos referências ao poder, sendo este associado às posturas individualistas que impedem um funcionamento grupal. Nesse caso, o poder apresenta-se centralizado, ora no técnico, ora na gerência em diversos espaços.

... Na prática impera o poder do técnico que acompanha, o poder do gerente que tem o poder gerencial, ou o poder do administrativo que tem o poder administrativo que chega lá e diz vai ser assim (6,4).

... A questão do poder ele poder perpassar por todos os técnicos, as decisões sejam coletivas, essa proposta, as vezes a gente não caminha muito, às vezes a gente representa o entrave com as formas antigas anteriores (10, 4).

... O poder do técnico, do técnico TR que ta junto (do usuário), acaba fazendo valer (6,3).

Nesse aspecto, a prática profissional é considerada como superficial e restrita, porque limitada aos contatos possíveis nos turnos de trabalho, quando há disponibilidade dos

profissionais em realizarem parcerias, ao invés da construção de um projeto coletivo. O individualismo então evidencia a relação de poder construída entre os técnicos, ocasionando a particularização do gerenciamento das demandas coletivas. A justificativa abordada pelos técnicos diante dessas considerações é remetida a uma prática recente e formação profissional falha dentro da perspectiva de equipe.

... a equipe tenta, mas é como eu disse assim, é tudo muito novo (9,5).

... tem muitos partidos, psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, o enfermeiro e apesar da gente querer..., claro que a gente interage na compreensão dos casos, mas a dificuldade maior seja talvez ainda seja maior eu acho da própria formação, a gente não foi formado para atuar nessa perspectiva da interdisciplinaridade (9,1).

O profissional, nesse processo, precisa adotar uma postura de “menos fazer e manipular, atitudes típicas das intervenções científicas. O fazer deve ser resultante do encontro, do que se dá na relação usuário e técnico. Para tal, o técnico deve ser desapegado da perspectiva do papel e ser quem realmente ele é (STOCKINGER, 2007).

Em equipe, ele deve se implicar numa postura de corresponsabilidade no direcionamento do projeto terapêutico e não uma perspectiva eminentemente intervencionista. Vale a pena destacar também as distâncias que existem entre a equipe de nível superior, de nível médio e de apoio.

... Há uma divisão muito presente, deveria ter uma melhor articulação da equipe de nível superior e equipe de apoio, a administração, como versa o projeto de uma equipe articulada (6,8).

... A integração da equipe de apoio com a equipe técnica poderia ser diferente, eu acho que o pessoal poderia participar mais das discussões dentro da equipe, como sendo mais uma pessoa da equipe e não como uma coisa que é meio dissociado (7,7).

De maneira geral, o conflito, a resistência, a fragmentação e a dificuldade de definições revelam uma situação grupal que pode ser entendida como um processo. Essa trajetória reflete um cotidiano difícil de trabalho, mas, em comparação ao início, os profissionais referem que houve um amadurecimento da equipe. Considerando esse entendimento, os momentos de encontro do grupo se caracterizam como em fase de construção, como também o próprio processo de supervisão.

5.1.6 A Supervisão

A supervisão caracteriza-se teoricamente como um espaço que propicia reflexões, um momento construído pela equipe para a equipe, mas de forma assistida, intermediado por um supervisor. De acordo com a portaria GM 1174/05 que cria o incentivo financeiro para o Caps, a supervisão clínico-institucional é definida como o trabalho de um profissional de saúde mental externo ao quadro de profissionais dos CAPS, com comprovada habilitação teórica e prática, que trabalhará junto à equipe do serviço durante pelo menos 3 a 4 horas por semana, no sentido de assessorar, discutir e acompanhar o trabalho realizado pela equipe, o projeto terapêutico do serviço, os projetos terapêuticos individuais dos usuários, as questões institucionais e de gestão do CAPS e outras questões relevantes para a qualidade da atenção realizada.

Destacamos que, no Capsad, a supervisão ocorre há menos de dois anos, período de tempo relativamente curto, considerando que a equipe nunca teve supervisão.

... a equipe demandava muito, pedia muito supervisão (12, 6).

... a supervisão da gente chegou agora e era uma reivindicação que a maioria da equipe colocava desde o início (10,5).

Em entrevista, o psicólogo, supervisor do Serviço, considerou que a supervisão se caracteriza como clínico-institucional, pois tem como foco a clínica e a instituição. A supervisão na clínica se baseia num processo de desconstrução desta, no sentido de deixar as coisas aflorarem, trabalhar o olhar, mas não de forma solta; essa construção da desconstrução tem como pano de fundo a ética e se ancora em um referencial construído social e politicamente, a reforma psiquiátrica.

A parte institucional considera a instituição como um corpo e, em relação ao CAPSad, vê como uma casa o funcionamento desse equipamento, que é também político. A função da supervisão é escutar, para poder articular os diversos saberes em torno dos casos clínicos, das demandas da equipe e do funcionamento do Serviço. Pode-se dizer que é um trabalho clínico que articula um percurso do Capsad.

É interessante ponderar que a supervisão acontece em separado, gerência e equipe técnica do Capsad. Isso porque essas instâncias apresentam demandas específicas que se correlacionam, mas, na prática, não se misturam, o que gera na equipe especulações em torno

das decisões e posturas da gerência. A gerência participa da supervisão da equipe, mas a equipe não participa da supervisão da gerência.

Os momentos de supervisão ocorrem durante a reunião técnica e exercem uma influência na dinâmica da equipe. No entanto, diante das indagações e elaborações dos técnicos em torno dessa atividade, observou-se que não existe um esclarecimento sobre a proposta da supervisão e consequente implicação nesse processo. Na equipe, a supervisão parece ser entendida como um momento ameaçador, de exposição pessoal, norteadas por uma visão paternalista de vigiar, punir e controlar.

... percebo algumas dificuldades assim coisas que a gente vem discutindo na supervisão, discussão de casos, essas coisas assim eu acho um pouco falho (7,3).

... essa questão da supervisão no serviço é importante porque é nesse objetivo de fazer esses saberes seja melhor articulado para uma melhor compreensão do usuário, uma melhor compreensão das dificuldades e a gente ir avançando (9,8).

Essas expressões parecem ser consonantes com a fragilidade da equipe em se constituir como grupo e com o imaginário de fundação ameaçador, como referido anteriormente.

Apesar de reconhecer a supervisão como uma experiência importante, a equipe não demonstra implicações em relação a ele e, muitas vezes, se mantém em silêncio ou em posição defensiva, configurando um ambiente tenso e indesejável. Transparece que esse é um espaço para apontar os erros e expor a fragilidade dos profissionais e da equipe.

Nesse momento, o supervisor parece ser suportado pelo grupo. Esse sentimento pode ser identificado na retirada dos técnicos da sala de reunião e desinteresse nas discussões, como pela sensação de alívio observada quando a supervisão é finalizada. O grupo demonstra utilizar mecanismos de proteção, na tentativa de evitar e, por vezes, mascarar os conflitos decorrentes da supervisão. Essa observação não foi fácil de ser detectada, sendo percebida nas entrelinhas dos discursos e, outras vezes, nas atitudes de alguns profissionais. Vale esclarecer que o supervisor não foi escolhido pela equipe, sendo este um fator importante na realização de um trabalho como o de supervisão

... Um supervisor que me acompanha nas dificuldades sabe, eu não sinto isso (11,6).

A questão é fazer circular um discurso na equipe, conseguir que todos falem uma língua ou, mesmo falando diversas linguagens, tenham algum grau de entendimento nessa diversidade.

Cesarino (1991, p. 40) menciona que

... por isso é necessária a supervisão para que o saber possa circular e as pessoas disponham de um lugar onde possam referir a angústia e o erotismo que os pacientes colocam em circulação e que atravessa os técnicos internamente, as dificuldades interequipes, dificilmente isso vai poder ser feito sem alguém de fora.

A posição do supervisor é de facilitador, pois requer a indução de resoluções e o pensar em como a equipe pode estar construindo seus próprios caminhos, sem interferir abruptamente nesta marcha. O supervisor atua nesse meio para que haja um fluxo de saberes em torno dos objetivos propostos no Capsad. O trabalho de supervisão propõe suscitar um novo olhar sobre questões enxergadas apenas sob o ponto de vista da equipe, ou seja, explicitar discretamente novas concepções sobre as questões apresentadas pela equipe, ou pelo Serviço, com relação às demandas institucionais. Antes da técnica, a supervisão dimensiona um processo de construção sobre subjetividades, porque propõe a incorporação de saberes e o gerenciamento de práticas.

Inferimos que, no Capsad, essa relação equipe-supervisor precisa ser trabalhada para que a supervisão possa funcionar, sem o receio que entrava um trabalho efetivo com o grupo. Pontuamos que existe um confronto entre as possibilidades e resistências mediadas em nível estrutural, dentro do Capsad, e em nível individual, no trabalho específico de cada técnico, limitando-se a equipe à supervisão e reunião para discussão de questões pertinentes ao trabalho nem sempre solucionadas em grupo; várias disciplinas compartilham um mesmo espaço de trabalho sem um projeto sustentável de inter-relação das práticas.

Sem dúvida, a tarefa é árdua e, para isso, o grupo precisa se fortalecer, porque as reflexões são feitas, há uma percepção das falhas do processo e da importância da comunicação na equipe, mas cada um faz o seu e não é realizado um trabalho de equipe, em grupo. Torna-se necessário desconstruir, quebrar as resistências que a cada dia parecem se fortalecer. Como pensar numa equipe que não consegue se formar e reconhecer como tal, no sentido concreto da palavra equipe? Para além de uma supervisão, os profissionais precisam conversar sobre isso, se querem formar uma equipe, se estão dispostas a trabalhar com esse projeto, porque a lei determina um serviço, mas, na prática, uma equipe não se impõe, ela se constrói a partir da formação de um imaginário, da disponibilidade das pessoas, da capacidade de ressignificação dos processos e situações de trabalho.

O trabalho é de desconstruir as posturas e práticas estritamente clínicas nos técnicos e na equipe a partir do entendimento das pessoas (usuários e profissionais) nas suas

singularidades sem desconsiderar o coletivo. A posição dos técnicos é, ao mesmo tempo clínica, política e profissional. Ocorre aí um confronto histórico entre o coletivo e o individual. Nesse espaço controverso de saberes, poder e práticas em construção há resistências. Quebrar essas barreiras é um processo lento, demanda a ressignificação de posturas que é também um novo lugar e posição clínico-política que os técnicos passam a assumir.

No Capsad, a relação de grupo desenvolvida parece apontar uma organização esfacelada. Sem unidade, o grupo não consegue desenvolver-se. Nessa perspectiva, as ações em equipe parecem mais distantes do cotidiano de trabalho dos técnicos, o que reflete na implementação do projeto psicossocial que se apresenta igualmente fragilizado.

5.2 A organização do trabalho (o que a equipe faz)

A proposta do trabalho no Capsad se caracteriza pela ruptura com a estrutura padrão clínica e redirecionamento de um conjunto de referências técnicas, científicas, políticas, éticas e estruturais em saúde mental, como vimos anteriormente. No discurso dos profissionais foi possível registrar o reconhecimento desse Serviço como um espaço aberto que propõe a atuação integrada e abordagem do indivíduo como um todo, mediante o desenvolvimento de uma prática psicossocial conforme as diretrizes apontadas pela política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas mencionadas no início.

... o Caps é o caminho, é aqui mesmo que é uma forma interessante de ver (2,4).

... a nova proposta é garantir um tratamento humanitário, qualificado, entendendo a pessoa como sujeito, como uma pessoa que tem sentimentos, que tem pensamentos (6,2).

... a proposta é muito boa no Caps, muito interessante, porque não é só aquela coisa de você chegar, botar um paciente e entupir de remédio (8,5).

Observamos também referências sobre a distância entre a proposta teórica do Capsad formulada no processo da Reforma Psiquiátrica, tendo como base a atenção psicossocial e sua execução prática defrontada por limitações referentes ao projeto terapêutico institucional e ao aspecto organizacional.

... (o Caps) Foi uma idéia maravilhosa, no entanto a teoria é muito distante da prática. (3,1)

... no papel é uma coisa e na prática é outra (1,11)

... muitas vezes a prática e a teoria divergem (7,1).

Mesmo reconhecida, a proposta psicossocial foi criticada no Serviço, sendo visualizada como incipiente e incompleta. Nesse aspecto, os profissionais revelaram que a atenção dispensada ao usuário do Capsad deveria ser realizada de forma diferenciada daquela do Caps de transtorno.

... ele (o Capsad) deveria ter outro desenho [diferente do Caps transtorno] porque é outro público (2,4).

Essa diferenciação para eles tornar-se-ia possível pela formulação de uma terapêutica específica para a dependência química a partir de atividades que focalizassem a reinserção social do usuário e a abordagem do problema nos aspectos físicos, psíquicos, sociais e econômicos. Nos grupos terapêuticos, utilizados no processo terapêutico, por exemplo, os profissionais criticam a excessiva abordagem do assunto drogas, considerada um fator limitante da atenção ao usuário.

... tem paciente que diz que não aguenta mais [abordar no grupo] o que é que o álcool produz, isso não adianta (3,3)

... a assistência a eles deveria ser prestada de outra maneira, eu não sei ainda como, alguma coisa que envolvesse mais reinserção ou uma prática mais [...] talvez ... onde fosse uma coisa mais concreta pra eles (2,4).

É interessante mencionar que foi através do Capsad que a maior parte dos profissionais entrevistados teve o primeiro contato com usuários de drogas como usuários de um serviço público de saúde. Dessa forma, a abordagem desse público suscitou muitas dúvidas.

Consideramos que esses aspectos relativos à distância entre a teoria e a prática, bem como às discordâncias e dificuldades na abordagem terapêutica podem estar relacionados à herança centrada na doença e a falta de um rompimento real com o modelo da doença, em detrimento da construção de novas formas de intervenção que tenham como foco o cuidado e a formulação de possibilidades de ações previstas integrais. As transformações estruturais em saúde mental, desencadeadas a partir da Reforma Psiquiátrica, propõem alterações nos serviços e práticas direcionados ao público em sofrimento psíquico. A revisão dos conceitos de saúde, doença e doente nesse processo são o estopim para a configuração de novas posturas e valores sociais e institucionais.

A reorientação de um modelo historicamente centrado no hospital e no médico para um modelo centrado na comunidade e nas pessoas define uma concepção de saúde como processo e não como ausência de doença, e também um trabalho baseado na interação profissional-usuário em um espaço de construção de possibilidades terapêuticas e de reinserção social. Essas transformações ocorrem de forma processual, através da desconstrução de um modelo e paralela construção de ações de caráter contínuo e de longo prazo, não restritas ao âmbito técnico, mas ampliadas atingindo os domínios político, cultural e ético.

Nesse contexto, surge uma discussão pertinente ao cuidado e à cura, dois parâmetros diretamente relacionados aos modelos psicossocial e biomédico/hospitalocêntrico, respectivamente. O cuidar remete a um suporte terapêutico baseado na concepção integral do ser humano, já a cura compreende uma atenção especializada e efetiva. São duas formas de pensar e de agir que se confundem, quando se fala em eficácia no âmbito da saúde mental. Parece que a equipe não está integrada a proposta psicossocial na assistência e, nas entrevistas, expressam considerações sobre essa dificuldade.

... a gente lida aqui com o sofrimento e é um sofrimento que muitas vezes não tem cura, como no hospital a gente trabalha sabe que aquilo ali faz uma cirurgia uma coisa outra, faz um tratamento e vai se curar, aqui não, aqui a visão é outra é mais complicada (5,4).

Consideramos que as expressões afetivas da equipe diante de sua tarefa deveriam ser abordadas na supervisão.

Essa visão norteada pela clínica ampliada, como vimos anteriormente, mesmo considerando o indivíduo como um todo não soluciona nem interrompe abruptamente o curso da dependência química, um problema multifatorial que apresenta sintomatologias, sendo presumidas recaídas dos usuários, entendidas pela equipe como insucessos, sendo necessária a atenção e a escuta do profissional.

...tem muita gente que vem aqui e volta, você vê muitas idas e vindas e recaídas, e recaídas (1,4).

... A gente tem que ter esse cuidado de ouvir mesmo de dar essa atenção (ao usuário) (8,2).

... quando eu chego pra cuidar ou para escutar eu não vou atrás só da doença eu quero ver a pessoa (9,10).

Na clínica ampliada, a escuta é direcionada ao usuário. Nesse sentido, parece que os profissionais visualizam o escutar apenas na perspectiva do técnico ao usuário, sem a

consideração de uma atuação ampliada que se estenda à equipe profissional. A escuta na relação profissional, é referida como uma questão de disponibilidade, como já visto, relacionada à execução do projeto terapêutico no Capsad.

... se eu entendo que pra ta junto desse usuário eu tenho que ampliar minha clinica eu tenho que ter outro olhar (9,5).

... precisa ser escutado mais, esgotado mais a fala de um [técnico] pra que o outro possa compreender isso a partir da fala do outro (9,5).

... é a questão da disponibilidade, de você está disponível para, conversas com a equipe (4,5).

Como abordamos, a atenção implica na (re)formulação de concepções terapêuticas, principalmente da clínica, que inclui o cuidado integral. Na realização desse projeto terapêutico, porém, encontram-se “furos”, relacionados ao planejamento das atividades em equipe que vivenciam as discrepâncias entre as demandas dos usuários e as intervenções oferecidas.

Na atenção psicossocial dirigida ao usuário pode-se dizer que a escuta e o cuidado, apesar de postular o resgate dos vínculos familiares, afetivos e comunitários dos usuários como visto no modelo do Capsad, se apresentam restritos. A família do usuário, por exemplo, é chamada no tratamento, mas não é inserida nesse processo, as questões conjugais parecem não estar incluídas no contexto terapêutico e a reinserção social na comunidade é vista como uma tarefa dirigida aos redutores de danos, ao invés de ser um projeto da equipe.

... A família é colocada nessa posição de identificar a dependência, de encaminhar o dependente, de ajudar na dependência e é excluída de qualquer outra coisa (2,3).

... essa coisa de trabalhar relação conjugal e assim vai... esse tipo de intervenção ... eu acho que tem um parâmetro [não deve ser tratada no Capsad (2,13).

... a gente ta tentando fazer dessa forma, o redutor acompanhando esse usuário na comunidade e trabalhar a comunidade para que a gente possa devolver o usuário para sua comunidade (4,2).

Nessa assistência observa-se uma compreensão dicotomizada e confusa dos técnicos, referente a dois polos de apreensão: o psicológico e o social. No primeiro, há o entendimento de uma proposta de cunho psicológico, como a abordagem centrada na metodologia operativa, que utiliza grupos de fala e trabalha os conteúdos expressos pelos usuários. Nesse tipo de intervenção, alguns profissionais mencionaram a falta de habilitação para trabalhar nesse formato, pontuando a facilidade da condução dos profissionais da psicologia. No segundo polo – o social – as referências são dirigidas às ações de assistência social, em especial as que buscam a reinserção social do usuário.

... É uma prática extremamente psicologizada, onde você fala, um grupo de fala, um grupo operativo, o tempo inteiro (2,7).

... primeiro a metodologia é operativa, segundo é voltada para falar de dependência, ninguém trabalha aqui reinserção social (2,3).

... hoje a saúde mental está nas mãos dos psicólogos, agora estamos passando momentos difíceis porque os psicólogos ficam na utopia, formulando procedimentos que não funcionam (3,8).

... eu acho ... ainda uma proposta tímida no sentido da cidadania (6,2).

... é muito difícil a gente abarcar tudo isso de reinserção a gente é muito cobrado com relação a isso pelos próprios usuários (11,13).

Esses pólos parecem associados aos turnos de trabalho e à concentração dos profissionais, conforme a programação das atividades. Isto é, quando psicólogos estão em seu momento de trabalho na unidade, as atividades parecem dirigir-se mais diretamente ao polo *psicológico*. Quando profissionais de serviço social estão mais presentes, se sobressai o polo *social*. Essa dinâmica de funcionamento aponta diferenças na assistência e condução dos grupos entre os turnos, como também a coexistência de mais de um projeto de atenção à saúde, dentro da instituição.

... dependendo do turno [o trabalho da equipe] é uma coisa isolada (2,6).

Destacamos que a técnica de grupo operativo pode ser utilizada por outros profissionais, além dos psicólogos, no entanto, requer uma habilitação mínima para condução dos assuntos que vão emergindo no debate com os usuários. Essa metodologia teoricamente remete aos trabalhos de Pichon-Rivière (1998), o qual aborda o grupo operativo como um conjunto de pessoas ligadas por constantes de tempo e espaço, que têm uma tarefa a cumprir, podendo ser a aprendizagem, a cura, a resolução de dificuldades, a reflexão etc. No caso em tela, na prática psicossocial parece não haver referências sistemáticas a tal metodologia (operativa), que apresenta, além da tarefa explícita, uma outra implícita, como menciona Kamkhagi (1982), tal como a ruptura das condutas estereotipadas que dificultam a comunicação e a aprendizagem. Na equipe, são mencionadas essas dificuldades, que apontam um estágio de pré-tarefa, ou seja, o momento em que as resistências e os conflitos estão presentes.

... a opinião do outro parece que me agride (3,5).

Quando o grupo ultrapassa essa fase e se organiza no processo de compartilhamento da individualidade e identificação coletiva consegue se adentrar na tarefa. A equipe pesquisada parece não ter ultrapassado essa fase de resistência.

Nesse sentido, inferimos que a proposta terapêutica constitui um projeto institucional heterogêneo e frágil que pode estar relacionado às dificuldades de comunicação na equipe; percebe-se divergências na condução dos casos e falta de compartilhamento e coesão na atenção psicossocial oferecida, prevista como uma proposta coletiva. O projeto terapêutico institucional parece pouco visível para a equipe que atua de maneira entrecortada no Capsad. Essa forma de entendimento parece influenciar na organização do trabalho e das práticas em equipe.

... especificamente do julgamento do todo eu ... não sei, não sei, eu fico mais restrito a parte da particular que eu estou fazendo (1,5).

Mencionamos que, recentemente, foram realizadas algumas mudanças no funcionamento dos grupos no Serviço, como expresso por um técnico:

...o projeto institucional pra atendimento dos usuários começou a ser mudado agora, porque desde o começo era misto usuário do intensivo e semi tinha atividade de manhã de tarde e de noite, mudou tecnicamente, deixou de existir aquele grupo e colocaram outro grupo naquele lugar (6,6).

Apesar dessa tentativa de organização no projeto terapêutico do Serviço, a condução dos grupos em suas modalidades intensivo e semi-intensivo foi referida como “solta” e “sem um fio condutor”, o que aponta a ausência de uma diretriz pertinente à equipe técnica.

... com relação aos grupos a gente ainda tem dificuldade de discutir o modelo de grupo, os modelos de tratamento, intensivo, semi-intensivo, acaba cada um fazendo um pouco o que acha e não trazendo pra discussão, não tem um fio condutor, o tratamento que é dado no Caps, do projeto terapêutico do Caps (10,6).

Nesse aspecto, mencionamos uma discussão dos técnicos, sobre os grupos, durante uma reunião técnica, em que um técnico verbalizou que “a coluna dorsal de um Caps são os grupos, mas isso não tem mais, é tudo solto, tem que ter uma sistematização, o grupo parece um bate-papo, tem que ter metas, parece aleatório” (O16, 48)²⁷.

Os técnicos, em sua maioria, concordam com essa fala, só a gerente do Caps fica um pouco irritada e pergunta se não existe programação para os grupos, ao que os técnicos dizem que programam sozinhos o que vão fazer nos seus grupos. Ela verbaliza: qual a dificuldade? Não se planeja o grupo, não se programa? Por que não existe planejamento dos grupos? Uma técnica menciona: o grupo está sendo feito, mas individualmente.

“To fazendo isoladamente, não tô avaliando o impacto que está dando, nem compartilho com o grupo de profissionais” (O16, 48).

²⁷ Trecho extraído do diário de campo de uma reunião técnica, observação nº 16, página 48.

Os técnicos verbalizam: “o que a gente está referindo é o norte..., a direção.... não é socializado na equipe, não tem um norte.... “ Inicia-se então uma série de falas, para explicitar o descontentamento com o sistema de grupos. A gerente ainda menciona que os grupos que acontecem no Caps respondem a uma demanda dos usuários que trabalham suas questões no grupo. O redutor de danos complementa e diz:

captar o que é mais emergente, fazer um planejamento em cima disso, coisas semanais e ver o que é mais urgente. (O 16, 48).

Visualizamos que, além da reorganização da programação de atividades no Capsad com as mudanças nos grupos, que englobavam usuários de mais de uma modalidade (semi-intensivo e intensivo) e passou a ter uma separação²⁸, a equipe parece vivenciar um momento de crise, expresso na sensação de “estar perdido” no Serviço. Essa interpretação não diz respeito às competências de cada profissional, mas ao sentido de suas ações.

Em nosso esforço de compreender a dinâmica de funcionamento da equipe, consideramos que essa fragmentação das ações parece sinalizar para a ainda experiência de agrupamento e não de integração de trabalhos (PEDUZZI, 2001). O grupo parece que ainda não assumiu sua tarefa de cuidadores na abordagem psicossocial (PICHON-RIVIERE, 1998), sendo regido por estruturas imaginárias (ANZIEU, 1993), conforme temos discutido a partir do material.

... a gente passa por movimentos e momentos da instituição, momento de gestão política que entrava algumas coisas (10, 8).

As dificuldades na condução dos grupos e na construção de um projeto terapêutico podem constituir a maneira de a equipe expressar suas dificuldades de auto-organização e apropriação da esfera grupal, através da adoção de posturas conflitantes no que diz respeito às diretrizes da proposta psicossocial.

5.2.1 A execução do projeto terapêutico

Diante desse processo, a execução do projeto terapêutico, além de individualizada, ocorre de forma contraditória. É interessante observar que os técnicos identificam as lacunas e

²⁸ Foram organizados grupos das modalidades intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

dificuldades práticas da equipe e expressam essas questões em alguns momentos. Na reunião técnica²⁹, um profissional mencionou que “as coisas estão sendo feitas sem norte, o que implica no projeto terapêutico”. Ao que a gerente confirmou que o Capsad não tem projeto terapêutico e esclareceu que, no Programa Mais Vida está registrado o projeto terapêutico de todos os Caps e que ela vai procurar resgatá-lo. Sinalizou ainda em mudanças. Uma técnica afirmou: Eu acho que é a essência. Outra técnica: Havia uma proposta de discutir os grupos, o que nós estamos fazendo? Diante das propostas e solicitações, o supervisor arrematou: Então a proposta de funcionamento da supervisão é rever o projeto terapêutico através da leitura e discussão; e o psiquiatra fez uma pontuação muito interessante: Eu já vi: quando há crise, se apela para o projeto, às vezes é um bode expiatório, como se fosse resolver tudo (O 15, p. 43).

Considerando que o projeto terapêutico prevê o modelo interdisciplinar de organização da equipe, a intervenção, em tese, tem como símbolo o conjunto, a participação e a aprendizagem. Em que pesem as influências política e gerencial, podemos destacar a inquietação da equipe em construir um projeto terapêutico, o que pode ser entendido como dificuldade de assumir sua própria tarefa. Parece que há necessidade de resgate e construção de uma identidade ou estrutura interna coletiva que passa pela prática em equipe e remete aos fundamentos desse trabalho, ou seja, ao projeto terapêutico, que se perdeu ao longo do tempo.

Nessa direção, o trabalho em equipe multidisciplinar é visualizado como um processo em construção ainda distante do que foi concebido quando falamos da realidade vivenciada pelos técnicos.

...o Caps é um modelo em construção, ele não é um modelo terminado, então é um modelo que se constrói, assim como o trabalho multidisciplinar (7,1).

Talvez devido a esse processo, torna-se possível identificar um descompasso no que diz respeito ao funcionamento da proposta. Trata-se da ocorrência de posturas e práticas hospitalares, principalmente a prática médica, de sistematização dos atendimentos. Entende-se que, apesar de necessária e prevista no funcionamento do Serviço este não pode ser concebido apenas como ambulatório, o que descaracteriza o perfil da atenção psicossocial.

...o médico aqui fica sentado ali, nem na sala dos técnicos ele vem, e fica com a auxiliar de enfermagem. Quer coisa mais hospitalar do que isso? (2,13).

Percebemos que convivem, no Serviço, referenciais do modelo médico e do psicossocial, o que responde em parte pelas contradições nas práticas individuais e coletivas

²⁹ Trecho extraído do diário de campo de uma reunião técnica.

dos técnicos. O projeto de atenção parece limitado ao campo de ação dos profissionais que ampliam sua compreensão isoladamente.

Em se tratando dessa limitação, pode-se dizer que há uma relação com a forma de apropriação da própria atenção à saúde pelos profissionais que, apesar de reconhecerem a diferença proposta pelo modelo psicossocial, encontram-se ainda muito influenciados pelo modelo biomédico. Entendemos que existe uma tensão entre o projeto coletivo (fragmentado) e a ação individual (isolada), o que parece dificultar a concretização de ações integradas previstas para a equipe, a partir de uma organização multidisciplinar e funcionamento interdisciplinar.

- Multi/interdisciplinaridade

A multidisciplinaridade remete à reunião de várias disciplinas e a interdisciplinaridade à integração entre estas. Uma prática interdisciplinar numa equipe multiprofissional diz respeito a uma abordagem conjunta, em todas as etapas, desde a definição da intervenção até a discussão dos resultados obtidos.

... dentro da proposta que se fala do programa a defesa é que a abordagem seja interdisciplinar, todo trabalho seja interdisciplinar (6,3).

No processo de funcionamento da equipe as ações e práticas refletem uma ideologia.

... aqui é uma mistura, eles estão na passagem de uma multidisciplinaridade pra uma interdisciplinaridade, eu acho a interdisciplinaridade daqui é mista (2,13).

... não é só ter o profissional, é como aquele profissional psicólogo, como aquele profissional assistente social, médico, vê e atende ao usuário, se ele atende numa visão biomédica, partida, uma visão de só se vê o sintoma, o corpo, o orgânico, então pode ter mil e um profissionais junto dele que ele não vai ter nenhum efeito, nenhuma contribuição (9,5).

Para a equipe, essa forma de funcionamento ou essa transição parece confusa e, algumas vezes, como uma contraproposta, porque acontece a partir da disponibilidade de cada um e partilhamento de um projeto de atuação. Para os profissionais, a interdisciplinaridade parece não acontecer no cotidiano do serviço.

... Eu nunca vi uma demanda ser gerida interdisciplinarmente e vendo o conteúdo da interdisciplinaridade de forma democrática ... de forma que todos no seu conhecimento pudessem cuidar daquele usuário e ... definir alternativas, definir estratégias, definir intervenções, muito pelo contrário (6,3).

Além desse aspecto, os fatores implicados nessa dinâmica se referem à formação profissional, que define as áreas de intervenção, e ao processo de trabalho que, no formato de equipe implica trabalhar relações, objetivos, consonâncias e divergências.

... a dificuldade maior que eu vejo é isso, profissionais sem a formação específica para estar nos serviços, pra entender como é que se dá, uma vez que já está nos serviços mesmo não tendo formação (9,1).

Na interdisciplinaridade configura-se um panorama de ações que se entrecruzam para produzir uma conexão e formar um corpo de saberes, o que dimensiona um projeto difícil na atenção à dependência química. No âmbito técnico, esse desafio parece ser relacionado aos profissionais que expressam a falta de formação para trabalhar com a proposta interdisciplinar, bem como falta de capacitação continuada e de um projeto terapêutico que norteie as ações no Capsad.

Nesse sentido, a formação destaca-se como fator importante, ainda mais porque é referida pelos profissionais como deficiente. Apesar de constituir a base da atuação prática, ela não soluciona todas as questões e peculiaridades inerentes à prática no Capsad. As capacitações são mencionadas como um meio de suprir essa deficiência, identificadas como profissionais e individuais.

... no Capsad você tem que ter o diálogo, a interdisciplinaridade do saber, mas eu acho que é da própria formação profissional (10,4).

... A formação não me preparou para e até acho que talvez nenhum curso prepare para atuar no SUS na sua complexidade, a gente vai com a prática, então esse é o meu impacto (9,9).

Segundo Amarante (1995), a qualificação profissional tem sido posta em pauta desde o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1970. Dessa forma, há mais de 30 anos o tema tem sido destacado, mas as iniciativas nesse sentido são pontuais e refletem um interesse imediato, como a abertura dos Capsad. Essa necessidade expõe também a deficiência identificada na formação profissional considerada insuficiente e restrita para a confirmação dos pressupostos da Reforma em Saúde Mental.

Destacamos que, ao mesmo tempo em que a formação é visualizada como deficiente, paradoxalmente existe a compreensão de que a equipe é muito qualificada.

... A equipe aqui é uma equipe muito qualificada (6,5).

Sendo assim, foi possível identificar, nas falas, considerações interessantes a respeito de um aprendizado prático, cotidiano e essencial que demanda, além do conhecimento técnico, o saber vivencial.

... a gente foi se capacitando ao longo do caminho, eu acho é uma característica bem gritante dessa equipe (8,1).

De outra forma, a referência a uma formação deficitária foi relacionada a uma prática deficiente.

... a nossa formação é falha e então nesse sentido nossa prática também, atrás da formação vai ta falha (9,1).

Observamos que a própria concepção sobre o que é interdisciplinaridade é algo a se construir e configurar no processo de trabalho porque as definições parecem longe de uma concretude. Afinal, o que é um trabalho interdisciplinar? Na atual conjuntura a discussão entre as diversas disciplinas e construção de estratégias de ações nesse sentido são pertinentes e representam um grande avanço. Conforme Guljor (2003, p. 11): “Uma intervenção multifacetada, inclusiva, apontando para a interdisciplinaridade como rotina; tem sido o caminho descrito como o ideal”.

Entendemos que o trabalho interdisciplinar pode ser alcançado, se trabalhado como uma proposta desejada pelos profissionais, numa estrutura de equipe. No entanto, uma contradição permanente nessa vivência técnica é a delimitação dos espaços de atuação e integração das práticas. Sobre isso, os profissionais apontam a importância e a qualidade dos encontros para a equipe, assim como o desenvolvimento de relações que permitam a estruturação de um trabalho coletivo.

... aproveitar os espaços que a gente tem no Caps, é o que se propõe (9,2).

Pontuamos que a oportunidade de frequentar a sala dos técnicos tornou possível o contato com questões próprias dos profissionais, outras inerentes ao Serviço ou à equipe. Nas conversas presenciadas, percebi a discussão contínua dos casos trazidos pelos profissionais, como também comentários sobre a falta de comunicação dentro da equipe, com relação aos informes sobre os usuários, a burocratização excessiva do Serviço, através do preenchimento de prontuários, livro de registro e outros documentos exigidos que reduz o tempo disponível dos profissionais para se dedicar ao atendimento individual e outras atividades com os usuários. Outro aspecto é o funcionamento institucional, considerado falho. Entende-se que muitas dificuldades e questões do trabalho são referidas pela equipe como problemas

administrativos ou relacionadas à gestão do Capsad, como também ao modelo considerado novo.

... ainda o nível administrativo temos que aperfeiçoar (3,10).

... Pra todo mundo de uma maneira geral é uma coisa mais ou menos nova de certa forma (1,4).

Contudo, mesmo diante dessa compreensão, a falta de implicação no grupo parece evidente. Os profissionais ficam restritos aos atendimentos e parecem resguardar o seu espaço específico de saber. Dessa forma, apesar do princípio da interdisciplinaridade nortear o funcionamento das ações em saúde eles vivenciam a divisão da equipe, o que coloca sob reflexão a aplicação da proposta interdisciplinar.

... Eu acho a interdisciplinaridade daqui interrogável, isso eu tenho certeza se você tem uma equipe onde uma das características é o individualismo não pode ter uma troca interdisciplinar razoável (2,13).

... Às vezes faz equipe multi, multi é psicologia e serviço social e não tem interdisciplinaridade ainda (10,6).

... Existe uma interatividade possível mais entre psicólogos e enfermeiros (6,7).

Ora, se considerarmos o exercício da interdisciplinaridade como tarefa da equipe técnica, as expressões de pequenas ilhas de articulação entre algumas disciplinas refletem uma estrutura multidisciplinar de reunião de diversos profissionais que atuam separadamente, mesmo relacionados por um projeto de construção coletiva, como o previsto para o Capsad.

Associado a essa dificuldade, os profissionais também mencionam a falta de estrutura de trabalho, como a falta de materiais para realização dos grupos com os usuários; além da falta de intersetorialidade e aproximação com a comunidade.

...ele (o Capsad) está na mesma ótica de redução de direitos ... com corte de verbas, redução de recursos humanos, precarização do trabalho, falta até de cadeira aqui, coisas básicas (2,4).

... (o Capsad) precisa ter mais cuidado, muitas coisas que estão ainda tateando, ... a casa que precisa ser pintada, cadeira que falta pra sentar e fazer grupos (9,6).

...a gestão da prefeitura eu já achei que ela já investiu mais em outras secretarias (5,5).

No trabalho em equipe, situações de precariedade constituem um fator que concorre para dificultar as ações, formação de vínculo e engajamento na proposta institucional. Gestores da rede pública mencionam que duas condições não mudam, na assistência à saúde: na dimensão singular – o trabalhador e o gestor que buscam alternativas para as ações de

saúde, interlocução e projeto assistencial; a outra condição refere-se ao trabalho precário (ARANHA-SILVA; FONSECA, 2005).

Para a equipe, as alterações ocasionadas pelo não oferecimento de condições de trabalho, que afetam a prática e a qualidade dos serviços caracterizam-se como responsabilidade da gestão central do serviço e gerência institucional, o que exige o grupo de organizar-se para defender interesses próprios e dar conta de sua tarefa. Responsabilizar o gestor parece funcionar como um dispositivo da equipe para permanecer como expectadora de decisões políticas e gerenciais muitas vezes não aceitas pelo grupo e contestadas de forma isolada.

... como é que a gente pode ver isso desse trabalhador que quer continuar nessa prática, mas quer trabalhar em condições melhores com quantitativos de triagem já definidos (10,7).

Compreendemos que, de acordo com os preceitos do modelo psicossocial a gestão da instituição, com relação ao seu funcionamento geral, é do interesse de todos e não se resume à gerência do Serviço, à qual é “outorgada” a organização e resolução dos conflitos, referentes à equipe. Não há como negar as contradições entre dois princípios: o da emancipação e o da regulação, como também as mediações na execução da proposta psicossocial.

A gestão, entendida como a instância de organização do processo terapêutico como um todo, é mencionada como desgastante, em todos os níveis, da política à prática no Serviço. Essas considerações são expressas em situações como essas, transcritas no diário de campo:

Uma técnica perguntou: Por que é que nós temos que assinar o ponto com o administrador? Aqui não precisa disso, de controle. Estou falando que a nossa posição aqui no Caps permite estar flexibilizando várias coisas. (O 15, p.44).

Encontramos, nesse trecho, um tema objetivo, o ponto, que parece se caracterizar como uma questão administrativa. A gestão, o aumento da demanda e o desgaste dos profissionais, assim como as cobranças, são todas resumidas a uma questão prática, concreta, que também implicam numa atitude do grupo, de paralisação e dependência.

... desgastante são as cobranças e hoje em dia é a falta de estrutura que nós estamos passando, que não era assim antes, aí isso é bem desgastante (5,6).

... a gente tem uma demanda muito grande é um trabalho mais em grupo do que um trabalho individualizado (4,3).

Para os profissionais, a demanda de usuários parece ser ocasionada por uma falha de gerenciamento, que não delimita o número de atendimentos e causa a sobrecarga de trabalho o

que interfere na terapêutica, considerada massificada, e na qualidade dos serviços, pois a produtividade e quantidade são sobrepostos aos aspectos qualitativos da atenção.

...o que a gente ta vendo todos dias é uma redução da qualidade da assistência prestada aos usuários (2,7).

Nessa perspectiva, o parâmetro de efetividade pode ser relacionado à diminuição do uso abusivo de drogas e das recaídas, como também às possibilidades de reinserção social.

... o mais possível de resolutividade é que esses usuários não retornem com tanta frequência e tenham a capacidade do familiar mantê-los em tratamento ambulatorial e não esse hábito de transformar o Caps numa segunda casa (3,2)

... tem usuário aqui de ano com mais de ano aqui (1,3).

... tem toda uma estrutura social, é complexa, em termos de eficácia, (...) é uma coisa extrema (1,4).

A reinserção social apresenta-se como um projeto expresso numa política que não se efetiva claramente no cotidiano do trabalho e das práticas psicossociais. Diversas razões podem explicar essa realidade, no entanto, interessa-nos destacar que essa “falta” está atrelada a um cuidado previsto integral. Nesse contexto, identificamos uma única opinião a respeito do fator econômico como objeto de intervenção no Capsad.

... a gente não vai ter como dar um emprego a uma pessoa, mas eles trazem isso como um problema sério na vida deles e repercute no tratamento (4,2).

A questão identificada como *emprego* pode ser entendida dentro da perspectiva da reinserção social prevista pela política de saúde mental e modelo de atenção psicossocial, a qual propõe a organização de uma rede de atenção composta pelos equipamentos comunitários e garantida pela intersetorialidade, ou seja, pela comunicação entre os serviços de saúde, educação e assistenciais, com a finalidade de cuidar do usuário. Apesar disso, encontramos, nas falas dos profissionais, as seguintes observações:

...eu acho, do ponto de vista teórico, ainda uma proposta tímida no sentido da cidadania, que a sociedade é uma sociedade do trabalho (6,2).

...tem essa coisa do Caps como parte do tratamento, mas tem as coisas ao redor, comunidade, a interação com outros serviços, ambulatório, ambulatório especializado também, muitas vezes o paciente sai daqui e se perde na rede não sabe muito bem como é que vai ser a continuidade disso, eu acho que essas coisas ainda são falhas (7,7).

Desta maneira, destacamos que o trabalho em rede parece ser um horizonte ainda a alcançar no cotidiano de práticas no Capsad. As iniciativas nessa direção são pontuais e muitas vezes visualizadas pelos profissionais como uma questão externa, ou seja, sobre a qual são incapazes de atuar. Percebemos que eles reconhecem a necessidade de articulação com

outros equipamentos/recursos, além dos serviços, mas não se sentem implicados na busca dessas articulações.

... a gente se fecha no mundo e acha que a gente pode resolver tudo só que a gente tem que ter uma intersectorialidade com as outras secretarias, com os outros programas (10,6).

... se é em rede os serviços que podem ser convocados, encaminhados ... ainda é falho nesse sentido (9,6).

... A gente não sai daqui, a gente só fica em cima do que eles trazem, agente nunca tem uma oportunidade de fazer um atendimento domiciliar, ver onde é que essa pessoa mora, vê as condições de moradia, vê como é a redondeza dele (4,4).

Bezerra Junior (2004 apud Bichaff, 2006) menciona que, na realização de um trabalho de articulação da rede de serviços é elencada uma série de obstáculos, como a inexistência de uma rede de atenção básica eficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes, o número insuficiente de profissionais e as interferências políticas locais, entre outros fatores. Corroborando essas considerações, nas entrevistas os profissionais mencionam essas dificuldades como um problema estrutural.

Essas considerações levam a uma reflexão sobre as mediações da equipe no enfrentamento das dificuldades decorrentes do cotidiano de uma prática psicossocial. Observa-se que as questões são deslocadas para o aspecto gerencial, funcional e para os objetivos do processo assistencial, como também refletem uma postura da equipe, de vitimização.

Nessa perspectiva, parece que as alternativas buscadas pelos profissionais para a execução das suas práticas pautam-se numa postura defensiva resumida à atribuição de deficiências e procedimentos de forma isolada. A precariedade de condições para a realização das práticas, apesar de ser um fato, também constitui uma forma de defesa dos profissionais, que se sentem desassistidos diante de situações em que faltam cadeiras, salas e até materiais para a realização das atividades nos grupos.

Por outro lado, percebe-se que a lógica de produção característica do sistema capitalista, é uma realidade coexistente no modelo psicossocial, pautado no fundamento da qualidade de uma atenção eminentemente pública. Sobre o assunto, Marazina (1991) afirma que, tal como a constituição do sistema capitalista, que prevalece através de um instituinte originário demarcado pelo que vale (e produz lucro) e não vale (não produz lucro), a saúde mental, como instituição, apresenta o instituinte originário através dos trabalhadores da área.

... o que interessa é produção, o que interessa aos gestores é a produção, é mostrar serviço, não interessa muito a qualidade não, o que interessa é produzir, quantidade (11,18).

Em consequência, a resolutividade, percebida como a capacidade de solucionar demandas, caracteriza-se como ineficaz e baixa, já que os técnicos se sentem impotentes diante das situações sociais. A resolução em equipe é atribuída à capacidade dos técnicos em mediar isoladamente ou, no máximo, em parcerias, limitações próprias e do trabalho, o que se torna possível em alguns casos, e em outros, não.

...algumas situações ficam assim, a resolutividade dos casos, encaminhamentos, altas, procedimentos com determinados pacientes, fica meio solto (7,4).

...Tem casos que a gente consegue avançar, tem outros que ainda fica um pouco parado, mas eu acho que é se fazendo mesmo, é praticando que a gente vai conseguindo construir alguma coisa (9,2).

Os dados indicam que os profissionais tentam buscar formas de mediar às contradições das práticas previstas na assistência psicossocial, que envolve uma realidade social do uso abusivo de drogas e uma estrutura organizacional em saúde. No Capsad o gerenciamento é referido em nível estrutural, mas se trata de questões dinâmicas da assistência que dizem respeito à equipe e à terapêutica direcionada aos usuários. Compreende-se também que para a equipe o modelo de atenção é expresso por uma representação confusa de mediação de contradições políticas e do próprio Serviço.

... o profissional tem que tá revendo seus valores, o Caps ele mexe muito, ele mexe com o que é também seu, tem a sua técnica tem, mas assim ele cobra além da técnica ele cobra mais (9,8).

Nesse cenário, outro fator implicado nas práticas e funcionamento da equipe parece ser a baixa auto-estima e a indiferença dos profissionais. Quando aliada ao desânimo e ao pessimismo, a baixa auto-estima dificulta o processo de trabalho. Para os profissionais, parece difícil perceber que as não-realizações no trabalho não se devem somente a uma “pretensa” falta de potencial ou competência, mas também à estrutura que os envolve, grupal, institucional e política.

... me centralizei, eu, mais naquilo que eu posso fazer e diminuí essa angústia e essa frustração do trabalho, pra mim é aquilo que eu sei (6,6).

... nenhum profissional pode ter uma prática messiânica, ele pensa, age, faz, acontece, realiza (2,11).

... você fica com uma sensação assim de que parece que tá meio acomodado, na verdade não, não é acomodado, insatisfeito mas sem eu me sinto assim sem querer muito falar porque eu acho que não vai contribuir muito não, não vai mudar muito não, uma certa desistência de tentar (11,19).

Consideramos que a equipe não é vítima, ela é agente. Dessa forma, a situação atual do grupo de trabalho remete a uma causa que também é interna, questões não solucionadas na vivência grupal, de rupturas, de perdas, não-resoluções de conflitos entre os técnicos e outras ocorrências que não têm espaço para serem trabalhadas, talvez porque os técnicos não se permitem, mas que influenciam diretamente na conformação da equipe, não como a reunião de pessoas que se encontram interligadas por uma obrigação trabalhista, mas como um grupo de tarefa, com ideais.

... falta isso a equipe precisa falar do que está realmente acontecendo e eu me angustio com isso, eu vejo que eles, aí eu soube que fulano falou pra cicrano, isso é ruim (12,7).

Como refere Lancetti (1991), fala-se em falta de estrutura e de outro modo são valorizados os encontros não planejados, as práticas expressivas, os encontros. Há uma tensão entre o inconsciente representativo e um inconsciente produtivo.

Consoante esse entendimento, pensa-se que existe um descolamento entre o inconsciente representativo, baseado numa vivência idealizada conforme os preceitos do modelo psicossocial, e o inconsciente produtivo, manifesto nas limitações do trabalho: as falhas na gestão, na política, no repasse de verbas e no descaso com os técnicos, no final resumidas à frustração dos técnicos.

De acordo com Amarante (1994), o sistema tende a delegar o problema aos técnicos e se as respostas forem apenas técnicas, a instituição perpetuará a violência que quer negar.

... nós temos problemas, nós temos avanços, amadurecemos também em entender, compreender melhor o Serviço, sabemos também com mais propriedade o que é que o CAPS pode ou não fazer, o que pode alcançar o que não pode (9,7).

... não é só a problemática que os usuários apresentam não que mobilizam a gente e a gente fica sem saber, é as problemáticas que vão surgindo que vão batendo mesmo nas coisas pessoais se a gente não trabalhar, se dá nas relações mesmo (11,1).

Parece haver a compreensão de que a situação atípica é provocada por interferências externas. Cessado o mal, tudo retornará ao “normal”, o que revela também uma situação pensada como transitória.

Na ação prática pautada na concepção integral o contexto não é só pensado, mas também é repartido com aqueles que o vivenciam, ganhando, no nível da psicose, o significado a partir da concretude necessária, apesar de muitas vezes temida e arruinadora por

seu caráter angustiante, na medida em que a própria pessoa se edifica e se envolve nessa construção (STOCKINGER, 2007).

Na relação dos profissionais com o usuário de droga observamos uma necessidade de limite e também o uso de um poder pelos técnicos. Como administrar o poder democraticamente? Para o supervisor, o “não poder, sempre vai ter alguma coisa que não se pode”, a questão não é dizer que não é terapêutico e ponto. “A liberdade tem limites, hierarquia, funções é estruturante para qualquer pessoa em qualquer lugar”. Um dos profissionais fez uma analogia desse poder e não poder com a diferença entre o dente a língua; o primeiro, rígido e forte, termina caindo, enquanto a língua aparentemente frágil, é uma estrutura plástica, permanece. E concluiu dizendo: “Toda evolução se fez com a plasticidade e não com a rigidez”.

De uma forma geral, parece que a equipe nega o que deseja. Ela deseja flexibilidade, horizontalização do poder e articulação das práticas, mas se fragmenta, evidenciando o isolamento e a fragilidade nas definições e resoluções. Pensamos que esse processo seja inconsciente, um comportamento influenciado pelas questões grupais.

Sobre as práticas concordamos com Stockinger (2007, p. 96), quando refere que “não é tanto o produto, o resultado que aí interessa, mas o agir, o poder de criar condições facilitadoras”. Muitas vezes a gestão política torna-se incompatível com a qualidade, quando confunde a ação coletiva com uma ação massificada. Se bem que a ação coletiva no Capsad ainda é reduzida, a ação massificada é considerada como o caminho da produtividade, ou seja, a forma de atender as demandas e se aproximar da finalidade pública de atenção ao usuário.

Silva (2001), nessa linha de pensamento, menciona que o tecnicismo é entendido como sinônimo de qualidade e o pragmatismo organizacional exacerbado se traduz no endeuzamento das medidas quantitativas de eficácia e eficiência. Aliás, os indicadores em saúde são bastante contraditórios, porque pregam a qualidade e se pautam na produtividade. Dessa forma, a lógica de custo/benefício em saúde dificulta ou mesmo impede as concretizações e restringe o cumprimento de seus próprios objetivos.

Nesse contexto, apesar de reconhecerem as possibilidades, os profissionais referem algumas limitações e expressam claramente a inviabilidade de absorver todas as demandas pertinentes ao projeto terapêutico instituído para o Capsad.

Na equipe, tensões entre os técnicos e no próprio grupo são perceptíveis. Tudo se dá dentro de um discurso técnico-profissional, divergências quanto à condução dos casos, encaminhamentos, posturas dos técnicos, mas atrás disso existem diferenças pessoais e um jogo de saber-poder. Parece que a equipe não avançou na constituição de um corpo de ideias, de implicação na prática coletiva de reflexão e decisão em equipe. Talvez um trabalho interessante nesse aspecto fosse o resgate dos fundamentos da equipe, na forma de vivências, oficinas ou dinâmicas. Merece destaque a necessidade que os profissionais expressam de se sentirem cuidados, mas por que antes de tudo eles não se cuidam, não cuidam se si, uns dos outros, do grupo?

Pensamos que esta equipe técnica do Capsad como instrumento de redefinição das práticas em saúde mental dirigidas à problemática do álcool e outras drogas precisa ser vista de forma especial pelas políticas, pelos centros, pela gestão e pelos próprios profissionais que a compõem, a fim de confirmar o processo de reforma em saúde mental como uma realidade em curso na atenção psicossocial.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na experiência analisada nesta pesquisa, o trabalho em equipe pode ser considerado uma realidade em curso, ainda distante dos pressupostos da ação interdisciplinar, observados a partir do modelo psicossocial que redimensiona as interações entre os diferentes saberes e intervenções. Nesse sentido, os profissionais apresentam potencialidades e limitações na construção de um projeto de trabalho grupal que esbarra na formação do grupo. Essa é uma tarefa exigente, na medida em que o contexto das ações profissionais previstas no modelo exige a capacidade de escutar e discutir, a possibilidade de construir ideias e decisões, numa palavra, o compartilhamento.

No Capsad pesquisado, a equipe parece funcionar a partir de um movimento de resistência, caracterizando uma fase de grupo na pré-tarefa. Nesse contexto, os limites são relacionados à prática, ao Serviço e às relações construídas nesse espaço, havendo uma descrença em relação à dinâmica institucional. A mesma política que é aplaudida pela iniciativa Capsad torna-se alvo de reclamações, responsável por um desinvestimento no Serviço e uma postura de superioridade na esfera das deliberações. No cotidiano de trabalho essa vivência ocorre em um ambiente dinâmico, onde acontecem as tramas que definem as atitudes dos técnicos diante dos usuários, dos outros profissionais, da equipe e da instituição.

Por outro lado, as questões práticas de funcionamento refletem a própria dificuldade da equipe em se estruturar, pois há exigências de fora (da gestão política) para dentro (Capsad – equipe), mas também questões de dentro da equipe para fora. Concomitantemente, existe uma preocupação muito grande por parte da gerência e dos técnicos, com o funcionamento do Serviço (também ocorre o idealismo de um Serviço de referência, de bom funcionamento), mas não se investe na base desse serviço, nas relações, na construção de uma teia de funcionamento.

O projeto psicossocial nesse nível encontra barreiras invisíveis, que ocorrem nas relações cotidianas dos técnicos e de equipe a partir dos sentimentos pertinentes à dinâmica de trabalho. Merece destaque que o grupo é muito significativo nesse espaço. Quando ele “acontece”, cria vida, tem o seu percurso e nesse aspecto ele não é trabalhado. Na sociedade, as pessoas estão inseridas em grupos e é a partir deles que elas realizam suas práticas, estruturam sua vida afetiva, constroem uma representatividade de pertencimento.

A estruturação ou desestruturação desse sistema repercute no todo e na parte, ou seja, na equipe e em cada técnico. A desestruturação torna-se um fardo pesado para a equipe. A ideia do Serviço e funcionamento em equipe demanda um “apaixonamento”, um investimento pessoal, que se encontra comprometido, investimento este expresso na resolutividade, que por sua vez se traduz na produtividade.

De acordo com Merleau Ponty “É o excesso da realidade que a impacta e a torna insuportável”. Não há como desconsiderar que o Capsad é um espaço de discordâncias marcado por resistências e conflitos de interesses. Sendo assim, existe uma tensão entre as conquistas e as limitações.

Nesse contexto o saber científico permanece divorciado do cotidiano, que é pleno de subjetividades (AMARANTE, 1994). Pensamos que o modelo psicossocial exige mais que leis, demanda a constituição de valores sociais e profissionais para a formação de uma postura em equipe mais ampliada, frente à situação que se propõe atender. A própria reunião técnica caracteriza-se como um momento culminante, um estopim, na qual vários assuntos são tratados, mas não se fala tudo, fica sempre algo velado, que não pode ser dito.

A tarefa radical de construção de uma nova ação em saúde desafia o profissional de saúde mental de nível superior e médio a disponibilizar o saber técnico e uma habilidade para lidar com situações imprevistas e diversas (ARANHA-SILVA; FONSECA, 2005). Entendemos que a mudança de atitudes em relação ao usuário de substâncias psicoativas configura-se como um projeto ousado em que há uma relação entre o conjunto de ações práticas e a significação destas, ou seja, a conformação cultural de uma realidade. Passa-se da desconstrução do estigma para a estruturação de um novo padrão de significações em torno do indivíduo e da ação terapêutica.

Na prática, várias são as tramas vivenciadas pelos profissionais. Se a equipe for vista como um elenco e o Capsad como o cenário, percebe-se que nessa peça não existe ensaio, tudo é vivido como inusitado e real. Os erros tornam-se experiências, e os acertos pontos de encontro. Mas, é difícil apontar falhas e sucessos, é difícil se posicionar, ou melhor, conhecer uma posição nesse cenário dinâmico, complexo e exigente. Afinal, o que é esse teatro? Pode-se dizer que é um palco que representa uma construção sócio- histórica revestida de uma política?

A política de saúde mental, conforme a necessidade de consolidação das propostas governamentais, precisa qualificar os serviços Caps como também seus trabalhadores, a fim de atender as diretrizes fundamentais da reforma psiquiátrica e ratificar as ações e a clínica psicossocial como norteadoras do modelo psicossocial de atenção em saúde mental através de um trabalho de grupo com os técnicos que focalize as relações construídas no Serviço e as demandas não resolvidas no cotidiano e que são resumidas a questões institucionais e burocráticas (GULJOR, 2003).

Na sociedade do saber-poder, a proposta do CAPSad representa a saída das rotinas herdadas no campo da ciência, da política e da ética principalmente. No entanto, como vivenciar o novo? Talvez essa seja uma questão interessante, para a qual não existe resposta, está tudo em construção.

Voltando à analogia com o teatro, compreender esses atores em cena é difícil. Sabe-se que existe uma trama que é partilhada por todos, como também ocorrem atuações específicas de cada ator, mas essas histórias, como acontecem? Como se escreve essa trama? Entender um pouco dessa cena foi a tentativa desse modesto trabalho, que talvez contribua para incitar reflexões sobre uma história, quem sabe um dos aspectos dessa trama?

Menciona-se também que, se, por um lado, as políticas necessitam de um retorno para pensar em novas determinações, a ciência se depara com a complexidade de estudo de um objeto recente. A desconstrução nessa esfera implica em se libertar e desvendar a genealogia de um saber.

No âmbito profissional essas exigências tornam-se mais severas, porque implicam na estruturação de um perfil profissional diferente do sistema acadêmico tradicional. Sendo assim, as transformações requeridas extrapolam as limitações estruturais e o sistema de reprodução social instituído nas academias.

Em se tratando das equipes de trabalho, o desafio não se restringe à superação das práticas, mas, principalmente, à constituição de ações decisivas de contraposição à verticalidade do poder, divisão da equipe, barreiras entre as profissões e o ranço sócio-histórico e político fomentado em torno da atenção em saúde mental.

O modelo psicossocial propõe o repensar desse painel e o desenvolvimento do grupo não só como instrumento, mas, principalmente, como processo de trabalho. A formação desse grupo é complexa, mas precisa ser de fato uma possibilidade.

Postula-se que o Capsad assume um lugar de mediação social e forma um conjunto de valores e significações. Essa formação institucional remete a uma prática (concreta) que pode-se dizer, atravessa fases, a saber: a mítica, a heróica, a ideológica, a organizacional, a de desagregação e a de persistência. A equipe então atravessa momentos, quais sejam: o institucional, grupal, social e particular que se encontram articulados como referido por Enriquez (1997).

Essa compreensão suscita considerações sobre o movimento que os Capsad realizam coletivamente, permeado por uma dinâmica de equipe. Outra concepção é que a manutenção de uma ordem é propiciada por uma ideologia encarcerada, mesmo com ideais de renovação e liberdade.

De outro lado, os profissionais se aprisionam nas suas formações, com o intuito de se refugiar das frustrações e do desafio e, assim, cada qual nas suas instâncias, encontram como mecanismos de sobrevivência o silêncio e a apatia, incompatíveis com a organização de uma equipe autônoma.

A autonomia então passa a ser uma ideologia, concretizada na teoria e abstrata na prática, divorciada, pela equipe, de uma postura coletiva de ação consciente, de organização social e de representatividade.

Pensamos que um trabalho de grupo pautado na reformulação dessa equipe poderia ser o início de uma nova fase de trabalho, de maior aproximação com a proposta psicossocial e de proximidade entre os técnicos, como também a tentativa de desenvolvimento de ações em que as diferenças possam ser trabalhadas, de forma viável, na relação em equipe.

Acreditamos que as diretrizes políticas gerais em álcool e outras drogas são coerentes, mas se efetivam ainda de forma confusa no cenário social. As contradições inerentes a implantação e consolidação de um projeto como o Capsad são inúmeras e demandam o empoderamento dos diversos atores sociais inscritos nesse processo. Nesse aspecto, observamos que a equipe demanda um trabalho sério de grupo para se firmar como um espaço significativo de intervenções e práticas. Não pretendemos, com esse trabalho, esgotar o assunto, muito amplo e passível de aprofundamentos em várias direções. Propomos-nos a fomentar a discussão em torno das práticas profissionais desenvolvidas nesses Serviços, com o intuito de contribuir no processo de estruturação da reforma em saúde mental conscientes de que a solução de qualquer questão tem início a partir da sua compreensão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 20, p.299-316, jul./dez. 2006.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.
- AMARANTE, P. **Psiquiatria Social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- _____. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama, ENSP, 1995.
- _____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. (Org.). A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: _____. (Coord.). **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Ed. NAU, 2003.
- AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. História da loucura: quarenta anos transformando a história da psiquiatria. In: **Psicologia Clínica**. Rio de Janeiro, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. v. 13, n. 1, p. 11-26, 2001.
- AMARANTE, P. D. C; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da atenção psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, a. 25, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago 2001.
- ANDRADE, D. R. O grupo como o entende Bauleo. In: BAREMBLITT, G. **Grupos: teoria e técnica**. 2ª. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.
- ANDRADE, T.M.; RONZANI, T.M. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In: **SUPERA. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Módulo 1. O uso de substâncias psicoativas no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.
- ANTUNES, S. M. M. O.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p.207-215, jan. 2007.
- ANZIEU, Didier. **O grupo e o inconsciente: o imaginário grupal**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1993.
- ARANHA E SILVA, A. L.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-449, mai./jun.2005.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p.455-464, mar./abr. 2007.

AZEVEDO, C. S.; NETO, F. C. B.; SÁ, M. C. Indivíduo e mudança nas organizações de saúde: contribuições da psicossociologia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, jan./fev. 2002.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação na instituição educativa**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1991.

BAREMBLITT, G. **Grupos: teoria e técnica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

BARUS-MICHEL, J. **O sujeito social**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2004.

BERTOLOTTE, J. M. Conceitos em alcoolismo. In: BERTOLOTTE, J. M.; RAMOS, S. P. (Eds.). **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BICHAFF, R. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma psiquiátrica**. 2006. 217 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BOGDAN, R., TAYLOR, S. J. **Introdução aos métodos da pesquisa qualitativa**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Departamento de ciências sociais e filosofia, Núcleo de estudo e pesquisas sociais, 1980.

BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Sistemas diagnósticos em dependência química: conceitos básicos e classificação geral. In: _____. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Rocca, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 4 mar. 2008.

_____. **Legislação em saúde mental: 1999-2001**. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação Geral de Documentação e Informação. 2ª ed. rev. e atual. Brasília, 2001.

_____. **Portaria n. 336/2002, de 19/02/2002**. Brasília, 2002a. Disponível em: <http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/PT336.htm>. Acesso em: 4 mar. 2008.

_____. **Portaria n. 816/2002, de 30/04/2002**. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.htm>>. Acesso em: 4 mar. 2009.

_____. **A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, CN-DST/AIDS. Brasília, 2003.

_____. **Legislação de saúde mental: 1990-2004.** Secretaria Executiva. Sistema de Atenção à Saúde. Brasília, 2004a.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004b.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: Opas, 2005.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006.** Brasília, 2007. 85p.

BUCHER, R. **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial.** São Paulo: EPU, 1988.

_____. À procura de uma abordagem interdisciplinar da toxicomania. In: _____. **Drogas e drogadição no Brasil.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. O atendimento ao usuário de drogas. In: _____. **Drogas e drogadição no Brasil.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. **Drogas e sociedade nos tempos da Aids.** Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996.

CAMPOS, C. M. S.; BARROS, S. Consolidando a reforma psiquiátrica através dos hospitais-dia: a emergência das contradições entre intencionalidade e a operacionalidade. **O mundo da Saúde**, São Paulo, a. 25, v. 25, n. 3, jul/set. 2001.

CAPPELLE, M. C. A.; MELO, M. C. O. L.; BRITO, M. J. M. et al. Uma análise da dinâmica do poder e das relações de gênero no espaço organizacional. **RAE Electron.**, v. 3, n. 2, jul./dez. 2004.

CARVALHO, M. C. Os desafios da desinstitucionalização. In: FIGUEIREDO, A. C.; CAVALCANTI, M. T. (Orgs.). **A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização.** Rio de Janeiro: Ed. Ipub, 2001.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo.** Rio de Janeiro: Editora Graal, 1991.

CASTEL, S. Tratamento da dependência de álcool e outras drogas: as diferentes abordagens e a questão da eficácia. In: BRASIL. **Curso à distância: aspectos básicos no tratamento das dependências químicas.** Brasília: Senad, 2002. v. 1, modulo 4.

CESARINO, A. C. Hospital-dia “A casa”: conversando sobre 10 anos de experiência. In: LANCETTI, A. et al. **Série SaudeLoucura 1**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, outubro, 1991. (Coleção Saúde em Debate).

CESARINO, A. C. Uma experiência de saúde mental na prefeitura de São Paulo. In: LANCETTI, A. et al. **Série SaudeLoucura 1**. 2ª. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1991. (Coleção Saúde em Debate).

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio, subjetividade, saúde mental e sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA, A; LUZIO C. A; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma de saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas: uma visão panorâmica. In: CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. (Orgs.). **Álcool e drogas: usos, dependências e tratamentos**. Rio de Janeiro: Edições Ipub/Cuca, 2001.

_____. A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPSad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. In: SUPERA. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Módulo 6. As redes comunitária e de saúde no atendimento aos usuários abusivos e dependentes de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. (Orgs.). **Álcool e drogas: usos, dependências e tratamentos**. Rio de Janeiro: Edições Ipub/Cuca, 2001.

CRUZ, M. S.; FELICÍSSIMO, M. Problemas médicos, psicológicos e sociais associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. In: SUPERA. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Modulo 2. Efeitos de substâncias psicoativas no organismo. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

DANTAS, L. N. **Relatório da prática supervisionada II**. Recife: Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Terapia Ocupacional, 2006.

_____. **Relações entre práticas e serviços nos centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas**. Projeto de pesquisa (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2008.

DELGADO; P. G.; CORDEIRO, F. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública no Brasil. In: SUPERA. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Modulo 1. O uso de substâncias psicoativas no Brasil:

epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

DIAS, J. C. Níveis de atenção em dependência química. Aspectos básicos no tratamento das dependências químicas. In: BRASIL. **Curso à distância: aspectos básicos no tratamento das dependências químicas**. Brasília: Senad, 2002. v. 1, módulo 4.

DUAILIBI, S. M. **Políticas municipais relacionadas ao álcool: análise da lei de fechamento de bares e outras estratégias comunitárias em Diadema (SP)**. 2007. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2007.

DUARTE, P. C. A. V.; BRANCO, A. P. U. A. Processo de realinhamento da política nacional antidrogas e a legislação brasileira sobre drogas. In: SUPERA. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Módulo 1. O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

ENRIQUEZ, E. O trabalho da morte nas instituições. In: KÃES, R.; BLEGER, J.; FORNARI, F.; FUSTIER, P.; ROUSSILLON R. (Orgs.). **A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

_____. **A organização em análise**. Petrópolis: Vozes, 1997.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Textos de apoio em saúde mental**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: um projeto em parceria**. São Paulo: Edições Loyola, 1995.

FIGUEIREDO, A. C.; JARDIM, S. R. Formação de recursos humanos, trabalho e saúde mental. In: FIGUEIREDO, A.C.; CAVALCANTI, M. T. (Orgs.). **A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: Cuca - Ipub/UFRJ, 2001.

FIGUEIREDO, J. A. **Práticas e processos no Centro de Atenção Psicossocial III: a perspectiva do campo psicossocial**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **História da loucura: na idade clássica**. 8ª ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GALINDO, W. C. M. **Intervenção rural e autonomia: a experiência de articulação no semi-árido/ASA em Pernambuco**. 2003.115 f. Dissertação. (Mestrado em Sociologia)-Programa de pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 5ª. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.

GOMES, F. S.; SILVA, M. R. S.; SILVA, R. M. P. **Da repressão à atenção integral: mudanças nas elaborações políticas governamentais voltadas à questão da drogadição.** 2005. Trabalho de conclusão de curso (Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2005.

GOMES, R.; DESLANDES S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jul. 1994.

GONDIM, D. S. M. **Análise da implantação de um serviço emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?** 2001. 125 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.

GUIRADO, M. **Psicologia institucional.** 2. ed. São Paulo: EPU, 2004.

GULJOR, A. P. F. **Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental.** 2003. 172 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. **Ciência e Saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.297-305, jan./fev. 2009.** Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>>. Acesso em: 04 de abr. 2009

JUNIOR, J. C. A. S.; MELO, L. F.; LUCENA, R. M. **Estratégias de redução de danos: uma alternativa de prevenção e tratamento ao uso abusivo de drogas.** Estudo realizado junto ao Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas. 2004. Trabalho de conclusão de curso. (Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

KÄES, R., et al. (Org.). **A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

KAMKHAGI, V. R. Horizontalidade, verticalidade e transversalidade em grupo. In: BAREMBLITT, G. **Grupos: teoria e técnica.** 2ª. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

KODA, M. Y. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um método de atenção psicossocial.** 2002.186 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um método de atenção psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23. n. 6, p. 1455 – 1461, jun. 2007.

LANCETTI, A. A modo de posfácio. In: LANCETTI, A; MARSIGLIA, R. D. (Org.). **Saúde mental e cidadania.** São Paulo: Mandacaru, 1990.

LANCETTI, A. et al. **Série SaudeLoucura 1**. 2ª. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1991. (Coleção Saúde em Debate).

LEAL, E. M. Clínica e subjetividade contemporânea: a questão da autonomia na reforma psiquiátrica brasileira. In: FIGUEIREDO, A. C.; CAVALCANTI, M. T. (Orgs.). **A reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização**. Rio de Janeiro: Ipub, 2001.

LÉVY, A. **Ciências clínicas e organizações sociais - sentido e crise do sentido**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

LOURAU, R. **A análise institucional**. Petrópolis: Editora Vozes, 1975.

MARAZINA, I. Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura. In: LANCETTI, A. et al. **Série SaudeLoucura 1**. 2. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1991. (Coleção Saúde em Debate).

MARLATT, G. A. **Redução de danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

MARSIGLIA, R. G. Os cidadãos e os loucos no Brasil: a cidadania como processo. In: _____. **Saúde mental e cidadania**. 2ª. Ed. São Paulo: Mandacaru, 1990.

MASCARENHAS, P. Supervisão: múltiplas visões. Ensinando e aprendendo. LANCETTI, A. et al. **Série SaudeLoucura 1**. 2ª. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 1991. (Coleção Saúde em Debate).

MATOS, A. G. **Formação e apropriação do capital social nos assentamentos da reforma agrária**. Recife: Atelier, 2000.

MELCOP, A. G.; CAMPOS, A. R.; FRANCH, M. **Sem preconceitos. Um guia sobre o consumo de drogas para profissionais, usuários e curiosos**. Recife: Centro de Prevenção às Dependências, 2002.

MELO, D.G; Figlie, N.B. Psicoterapia de Grupo e outras abordagens grupais no tratamento da dependência química. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Rocca, 2004.

MORIN, Edgar. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2005.

NEUSTÄDTER, W. Compartilhando uma experiência: cuidar de dependentes químicos e seus familiares, numa perspectiva ambulatorial. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, a. 25, v. 25, n. 3, p. 272-276, jul.set. 2001.

NORTO, A. R.; FORMIGONI, M. L. O. S. A evolução sócio-cultural do conceito de dependência. In: BRASIL. **Curso à distância: aspectos básicos no tratamento das dependências químicas**. Brasília: Senad, 2002, v. 1, módulo 4.

OLMO, R. D. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de centros de atenção psicossocial (Caps) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, maio. 2006.

ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. Pesquisa avaliativa de uma rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, n.1, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/23_Rosana_Onocko.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2009.

PAGÈS, Max et al. **O poder das organizações**. São Paulo: Atlas,1987.

PECHANSKY, F. Tratamentos psicoterápicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias. In: **SUPERA. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Modulo 5. Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

PECHANSKY, F.; DIEMEN, L.V. Tratamentos farmacológicos utilizados no tratamento de pessoas dependentes de substâncias. In: **SUPERA. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Modulo 5. Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, W.C. C. Questões de subjetividades e processos grupais na educação popular. In: _____. **Nas trilhas do trabalho comunitário e social – teoria, método e prática**. Belo Horizonte: Vozes, 2001.

PINCHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PINHO, Márcia Cristina Gomes. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Revista Ciências e Cognição**, a. 3, v. 8, p. 68-87, 2006.

PINTO, V. C. **A interdisciplinaridade como proposta de trabalho no atendimento ao paciente de transtorno mental**. 2007. Trabalho de conclusão de curso. (Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2007.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. **Projeto Terapêutico do CAPSad**. Secretaria Municipal de Saúde Mental, Programa Mais Vida – Redução de Danos no Consumo de Alcool, Fumo e Outras Drogas, Recife, 2007.

PROJETO de reestruturação da coordenação e avaliação psicossocial da SES – Capses. Goiânia, 2005. Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_530_ProjetoAEstruturacaoACAPSESAfinal.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2009

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. **Casas do meio do caminho: um relatório da experiência de Recife na busca da atenção integral a saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas.** 2008. 221 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008.

RAMOS, R. A. **As representações sociais sobre a prática do assistente social nos centros de atenção psicossocial no Ceará.** 2003.114 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2003.

REALE JUNIOR, M. et al (Orgs.). **Drogas: Aspectos penais e criminológicos.** RJ: ed. Forense, 2005.

REINALDO, A. M. S.; PILLON, S. C. Historia da Enfermagem Psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 688 -693, dez. 2007.

REIS, R.; GARCIA, M. L. T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso CPTT. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1965-1974, 2008.

RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. et al. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** 6ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

RIBEIRO, M.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Organização de Serviços de tratamento para a dependência química. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química.** São Paulo: Rocca, 2004.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 350-357, jun./set. 2005.

ROMANO, M.; LARANJEIRA, R. Políticas públicas para o álcool. In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química.** São Paulo: Rocca, 2004.

ROTELLI, F. et al. **Desinstitucionalização.** São Paulo: Hucitec, 1990.

SÁAD, A. C. Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. (rgs). **Álcool e drogas: usos, dependências e tratamentos.** Rio de Janeiro: Edições Ipub/Cuca, 2001.

SILVA, J. P.; OLIVEIRA, M. A. F.; BARROS, S. O indivíduo dependente de substâncias psicoativas e a internação em hospital psiquiátrico. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, a. 25, v. 25, n. 3, p. 299-304, jul./set. 2001.

SILVA, S. F. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas.** São Paulo: Hucitec, 2001.

SILVEIRA, D. X. Dependências: de que estamos falando, afinal? In: BRASIL. **Curso à distância: aspectos básicos no tratamento das dependências químicas**. Brasília: 2002, Senad, v. 1, módulo 4.

SILVEIRA, D. X.; SILVEIRA, E. D. X. **Uma guia para a família**. 5ª. ed. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2004. (série diálogo n. 1).

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, ago. 2007. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-69762007000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 abr. 2009.

STOCKINGER, R. C. **Reforma psiquiátrica brasileira: perspectivas humanistas e existenciais**. Petrópolis:Vozes, 2007.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. **Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde**, p. 261-281, 2000.

VAISSMAN, M. A avaliação de programas de tratamento de alcoolismo e outras dependências. In: CRUZ, M. S.; FERREIRA, S. M. B. (Orgs.). **Álcool e drogas: usos, dependências e tratamentos**. Rio de Janeiro: Edições Ipub/Cuca, 2001.

_____. A política nacional antidrogas: uma visão epidemiológica. In: BRASIL. **Curso à distância: aspectos básicos no tratamento das dependências químicas**. Brasília: Senad, 2002. v. 1, módulo 4.

VASCONCELOS, E. M. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em saúde mental. **Cadernos do Ipub**, n. 7, p. 17-37, 1997.

_____. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: _____. (Org.) **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2ª. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.

ANEXOS

ANEXO – A



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º 103/2008 - CEP/CCS

Recife, 08 de abril de 2008

Registro do SISNEP FR – 180473

CAAE – 0055.0.172.000-08

Registro CEP/CCS/UFPE Nº 056/08

Titulo: “Relações entre Práticas e Serviços no CAPSAD ”

Pesquisador Responsável: Luciana Nery Dantas

Senhora Pesquisadora

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) registrou e analisou, de acordo com a Resolução N.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epígrafe, aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 08 de abril de 2008.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar relatório ao final da pesquisa (31/01/2009).

Atenciosamente

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Gualberto', written over a circular stamp.

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Coordenador do CEP/ CCS / UFPE

A

Mestranda Luciana Nery Dantas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – CFCH/UFPE

ANEXO – B



PREFEITURA DO
RECIFE

A U T O R I Z A Ç Ã O

Declaramos que autorizamos a realização da pesquisa intitulada “**Relações entre Práticas e Serviços nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas**”, pela mestrandia Luciana Nery Dantas, do curso de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, sob a orientação do Professor Dr. Aécio Gomes de Matos. A referida pesquisa será realizada na Rede de Saúde deste Município, desde que cumprindo as determinações éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e que a pesquisadora se comprometa a dar conhecimento ao município dos resultados analisados.

ILKA VERAS FALCÃO
Assessora Executiva da Secretaria de Saúde

Recife, 03 de abril de 2008

APÊNDICE – A

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Informações sobre o participante

Nome:

Sexo:

Idade:

Formação:

Tempo de serviço no CAPSad:

2. Questões Norteadoras

1. Que tipo de vínculo tem com o Caps?
2. Como foi o ingresso nesse Serviço?
3. e início profissional? Como foi começar a trabalhar no CAPSAD?
4. Já tinha trabalhado antes com usuário de droga? como vê o usuário?(poulação)
5. Como visualiza a terapêutica realizada no CAPSad?
6. Como observa o funcionamento do Serviço?
7. E sobre a equipe técnica?
8. E a sua atuação, como é seu trabalho?
9. Como visualiza a gestão da Prefeitura em relação ao Capsad?
10. Hoje, de forma geral, como está? Na sua avaliação, o que considera mais produtivo e mais desgastante no Capsad?
11. Você acha que sempre foi assim, ou foi de agora?
12. Como se descreve, enquanto profissional e membro do CAPSad?

APÊNDICE – B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convido os profissionais que se interessarem a participar da pesquisa de pós-graduação “RELAÇÕES ENTRE PRÁTICAS E SERVIÇOS NO CAPSAD”, a qual tem como objetivo:

1. Compreender o funcionamento dos Capsad e configuração do tipo de relações desenvolvidas nesses serviços;
2. Analisar aspectos relacionados às práticas da equipe técnica e da rotina institucional;
3. Identificar as relações entre as práticas e os serviços desenvolvidos nos Capsad.

A coleta de dados será feita através da realização de grupos de discussão e entrevistas semi-estruturadas com os profissionais envolvidos na rede de saúde mental álcool e outras drogas, Capsad. As entrevistas e grupos serão orientados pelo pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, que apresentará os tópicos de interesse para a pesquisa e focalizará o debate nas questões mais pertinentes. Será utilizado um gravador de áudio, para garantir que todos os dados fornecidos pelos sujeitos de pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente. É compromisso do pesquisador assegurar o sigilo, a identidade, a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações em texto acadêmico. Avalia-se que os principais riscos da pesquisa são a possibilidade de constrangimento dos sujeitos, a exposição de características técnicas dos profissionais (forma de trabalho), o contato com possíveis problemas internos da equipe e do serviço e a imprevisibilidade das situações de grupo e/ou entrevistas. Com relação aos benefícios da pesquisa, visualiza-se a contribuição reflexiva sobre as práticas em saúde mental e principalmente, a dinamização dos serviços, a fim de que esta assistência não se encaminhe a mera reprodução de práticas. Os sujeitos têm liberdade para se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo. O pesquisador também se compromete a prestar qualquer tipo de elucidação sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes do seu início e durante seu desenvolvimento, bem como a apresentar os resultados, ao final do estudo.

Pesquisadora responsável: Luciana Nery Dantas
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFPE
Telefone para contato: (81) 3228 4339/ 8833 3371

Assinatura do Sujeito

Assinatura do Pesquisador

Assinatura das testemunhas

Assinatura das testemunhas

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)