

MARIANA ROSA DE ALMEIDA

**A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM
CAPS AD DO
SUL DO BRASIL ACERCA DA REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Dissertação submetida ao Programa de Pós Graduação Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (Mestrado Profissional)

Orientador: Prof. Dr. Lucio Botelho

Florianópolis
2016

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

Almeida, Mariana Rosa de
A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM CAPS AD DO
SUL DO BRASIL ACERCA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL /
Mariana Rosa de Almeida ; orientador, Lucio Botelho -
Florianópolis, SC, 2016.
103 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde.
Programa de Pós-Graduação Multidisciplinar em Saúde.

Inclui referências

1. Saúde. 2. Reabilitação Psicossocial. 3. Reforma
Psiquiátrica. 4. CAPSad. I. Botelho, Lucio. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação Multidisciplinar em Saúde. III. Título.

Mariana Rosa de Almeida

**A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM
CAPS AD DO SUL DO BRASIL ACERCA DA REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL**

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do Título De: Mestre em Saúde Mental e Atenção Psicossocial e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Mestrado Profissional.

Florianópolis, 7 de Junho de 2016

Prof. Dra. Magda do Canto Zurba
Coordenadora do curso

Banca Examinadora:

Prof. Lucio Botelho.
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Fátima Buchele Assis, Dra.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Tadeu Lemos, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Charles Dalcanale Tesser, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Maria Dolores, pelo exemplo de humildade, força e caráter, além dos ensinamentos de uma vida que em muito contribuem para encarar os desafios. E por ter trazido a saúde mental para perto desde a minha infância, ao acompanhar a sua luta por melhores condições de vida aos pacientes internados em Hospital Psiquiátrico, o qual trabalhou por 30 anos.

À minha irmã, Juliana, admirável por seu comprometimento, parceira de todas as horas, que com seu conhecimento foi uma ponte e um suporte importantes nos momentos de dúvida e hesitação.

À minha irmã, Luciana, ao meu pai, Clodoaldo e a minha vó, Madalena, pelo incentivo e apoio com minha formação pessoal e profissional

Ao meu companheiro, Luís Carlos, por sempre acreditar, até quando eu mesma duvidava; por seu companheirismo, seu amor, pelo colo nos momentos difíceis, e por trazer grandes sonhos e desejos a minha vida. E ao nosso filho, Mateus, nosso amor maior.

Ao professor Lucio Botelho, por ter compartilhado sua experiência e conhecimento, orientando-me na condução deste trabalho que aceitou realizar comigo e que com sua calma e sabedoria soube me conduzir pelos caminhos que levaram a esta construção.

Aos amigos e colegas do Mestrado Profissional com quem convivi durante tanto tempo e de quem guardo grande afeto.

Aos profissionais de saúde da equipe do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas Ilha (CAPS ad), pelo acolhimento e sem os quais não poderia ter desenvolvido este trabalho.

ALMEIDA, Mariana Rosa de. **A Percepção dos profissionais de saúde de um CAPS ad do Sul do Brasil acerca da Reabilitação Psicossocial**. 103 f. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. 2016.

Orientador: Prof. ° Lucio Botelho

RESUMO

Este estudo insere-se nos pressupostos de análise qualitativa de pesquisa, propõe discutir a Reabilitação Psicossocial de pessoas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad). Pretende-se analisar acerca da discussão sobre a Reabilitação Psicossocial através da percepção dos profissionais de saúde, suas práticas reabilitatórias, e a busca do desvelamento de práticas e saberes reabilitadores, identificando as principais facilidades e dificuldades, bem como as possíveis contradições enfrentadas pelos profissionais nas suas intervenções. A coleta de dados resultou da aplicação de entrevista semiestruturada com seis profissionais de Saúde Mental, que trabalham no CAPS ad Ilha, Florianópolis-SC. Após as leituras, recortes de trechos de falas, elaboramos as subcategorias e categorias, de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (1977) e interpretados com respaldo na literatura específica sobre o tema. São elas: Implicação do usuário no processo de reabilitação, trabalho em rede e a Reabilitação Psicossocial, Equipe Interdisciplinar no caminho da Reabilitação Psicossocial. Os resultados apontam que a Reabilitação Psicossocial é um processo cuja implementação ainda necessita da efetiva superação do paradigma tradicional de saúde/doença mental, que norteia conceitos e práticas terapêuticas e requer confiança dos profissionais acerca da capacidade dos usuários de transitar como cidadão nos mais variados segmentos da vida social.

Descritores: Reabilitação Psicossocial, Reforma Psiquiátrica, CAPS ad.

ALMEIDA, Mariana Rosa de. **The perception of health professionals of a CAPS ad South Brazil about Psychosocial Rehabilitation**, 103 f. 2016. Dissertation (Masters in Mental Health and Psychosocial Care) - Health Sciences Center, Federal University of Santa Catarina. 2016.

Advisor: Prof. ° Lucio Botelho

ABSTRACT

This study falls within the assumptions of qualitative analysis research, it proposes a discussion about the Psychosocial Rehabilitation of people been treated in the Center of Psychosocial Attention alcohol and drugs (CAPS ad). It is intended to study the perception of the health professionals on their rehabilitation practices and contribute with the discussion upon the Psychosocial Rehabilitation by seeking to unravel rehabilitation knowledge and techniques, identifying the main advantages and difficulties, as well as the possible contradictions faced by the professionals on their interventions. The data collection resulted in a semi structured interview with 6 Mental Health professionals who work at CAPS ad. After readings, cuts of speech passages, we elaborated categories and subcategories, according to Bardin's (1977) content analysis interpreted based on the literature, such as: Implication of the user in the rehabilitation process, networking on social rehabilitation, Interdisciplinary teams in the way of psychosocial rehabilitation. The results indicate that the psychosocial rehabilitation is a process whose implementation still needs effective overcoming the traditional paradigm of health/mental illness, that guides concepts and therapeutic practices and requires trust of professionals on the ability of users to transit as citizens in the various aspects of social life.

Keywords: Psychosocial Rehabilitation, Psychiatric Reform, CAPS ad

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População que bebeu em binge nos últimos 12 meses, população adulta não abstêmia, por gênero, 2006 e 2012	21
Tabela 2 - Proporção de indivíduos que utilizaram determinada substância alguma vez na vida (2012)	22
Tabela 3 - Divisão do Atendimento da Equipe por Regionais do CAPS ad Ilha, Florianópolis, no período de Junho de 2015.....	52
Tabela 4 - Distribuição do número de profissionais e carga horaria do CAPS ad Ilha, Florianópolis, no período de Junho de 2015.....	53
Tabela 5 – Perfil da Equipe Pesquisada no CAPS ad Ilha, Florianópolis, no período de Junho de 2015.....	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Principais Características do Modelo Psiquiátrico e da Atenção Psicossocial	35
Quadro 2 - Modalidades dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de acordo com a Lei 3088 de 23 de dezembro de 2011	43
Quadro 3- Classificação da Entrevista em Categorias de Análise	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma analisador do primeiro atendimento do usuário no CAPS ad Ilha e a confecção do Projeto Terapêutico Singular.....	62
Figura 2 - Ações da Rede de Atenção Psicossocial.....	70

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	19
1.1. PERGUNTA DA PESQUISA	27
1.2. OBJETIVO PRINCIPAL	27
1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	29
2.1. REFERÊNCIAS PARA ANÁLISE DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	29
2.2. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.	32
2.3. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO DISPOSITIVO CLÍNICO INSERIDO NO CAMPO DO CUIDADO DO CAPS.	36
2.4. REABILITAÇÕES PSICOSSOCIAL AO SUJEITO EM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CAPS AD	39
2.4.1. Políticas Para A Atenção Integral A Usuários De Álcool E Outras Drogas	39
2.4.2. Redes De Atenção Psicossocial Para Pessoas Com Sofrimento Ou Transtorno Mental E Com Necessidades Decorrentes Do Uso De Crack, Álcool E Outras Drogas	41
2.4.3. Reabilitação Psicossocial Ao Usuário De Álcool E Outras Drogas	45
2.4.4. Atuação Profissional Com Ênfase Na Reabilitação Psicossocial	46
3. PERCURSO METODOLÓGICO	49
3.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA	49
3.2. SUJEITOS DA PESQUISA	52
3.3. COLETA DE DADOS	54

3.4.	ANÁLISE DE DADOS.....	54
3.5.	ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS À PESQUISA	55
4.	O CAPS AD: A PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	57
4.1.	IMPLICAÇÃO DO USUÁRIO NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO.	58
4.2.	TRABALHO EM REDE E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL. .	67
4.3.	EQUIPE INTERDISCIPLINAR NO CAMINHO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	77
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	89
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	97
	APENDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA...101	
	ANEXO A– DECLARAÇÃO DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DOS PROJETOS DE PESQUISA EM SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC.....	103

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo se propõe a discutir a Reabilitação Psicossocial de pessoas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad); em específico, o Município de Florianópolis-SC. Pretende-se estudar a percepção dos profissionais de saúde acerca das suas práticas reabilitatórias e contribuir com a discussão sobre a Reabilitação Psicossocial, concepções e políticas peculiares à questão e através da busca do desvelamento de práticas e saberes, identificando as principais facilidades e dificuldades do emprego das noções da Reabilitação Psicossocial na prática, bem como as possíveis contradições enfrentadas pelos profissionais nas suas intervenções cotidianas.

A relevância dessa pesquisa se coaduna com a inquietação, motivações pessoais e profissional da pesquisadora em relação à área da Reabilitação Psicossocial aos usuários de Álcool e outras Drogas, que se intensificou após estudos de parte do arcabouço teórico referente ao tema, assimilados durante o acompanhamento das disciplinas ministradas pelo Curso do Mestrado Profissional de Saúde Mental e Atenção Psicossocial da UFSC. A partir das discussões em sala, constatei a necessidade de entender como se processam as dinâmicas relacionadas ao campo de estudo da Reabilitação Psicossocial, e o trajeto percorrido entre seus principais fundamentos à sua aplicação nas práticas do dia a dia dos diversos profissionais de saúde que trabalham no CAPS ad, conforme fora evidenciado acima.

No atual contexto político-social brasileiro, influenciado principalmente pela história da reforma psiquiátrica, torna-se cada vez mais presente e necessária a discussão sobre as estratégias inclusivas de dispositivos voltados à inserção social e capacitação de usuários em Saúde Mental. Segundo Bertolote (2001), essas estratégias se configuram como um estímulo à retomada de direitos, de vantagens, de posições que as pessoas possuíam ou a possibilidade de vir a possuir, se lhes fossem oferecidas outras condições de vida, nos quais as barreiras fossem atenuadas ou desaparecessem, e nos quais a dignidade da pessoa prevalecesse em detrimento da enfermidade que se apresenta. À vista disso, da minha aproximação com tais ideias, a Reabilitação Psicossocial se torna o principal motivo por escolher este tema, dentro do campo da Saúde Mental.

O fenômeno do abuso de substâncias psicoativas na sociedade atual tem se construindo como uma problemática complexa e, embora as transformações histórico-culturais e as inovações tecnológicas tenha sido

marcantes nos últimos anos, as concepções e os modelos de abordagem, de compreender tal fenômeno na prática, requerem uma intensificação dos estudos e das reflexões relacionadas tanto às intervenções, como também às políticas e saberes teóricos que tem subsidiado os fenômenos de uso e abusos de tais substâncias (Kantorski, 2010).

Para efeito informativo, o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad) divulgado em Abril de 2012, produzido pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), concluiu que 20% dos adultos consomem 56% de todo álcool consumido por adultos. Os resultados do II Lenad foram obtidos através de entrevistas feitas com uma amostra de 4607 moradores de 149 municípios brasileiros, sendo 9% deles menores de idade. Entre os adultos, um total de 54% dos entrevistados revelou consumir álcool regularmente, ou seja, uma vez por semana ou mais. Entre os participantes do estudo 52% são mulheres e 48% homens.

Ainda sobre o estudo, em 2012, houve crescimento de 20% do consumo frequente de álcool, quando o indivíduo bebe uma vez por semana ou mais, em relação ao estudo de 2006, quando 45% das pessoas revelara, beber com regularidade. Quando diferenciada a ingestão de bebidas entre homens e mulheres, o percentual dos que consomem álcool com frequência entre os homens saltou de 56% para 64% e entre mulheres de 29% para 39% da primeira para a segunda análise. Já na segmentação dos entrevistados entre as regiões do Brasil, o consumo de álcool regular revelou-se maior na região Sudeste onde saltou de 46% na pesquisa de 2006 para 60% em 2012. Os percentuais de pessoas que bebem frequentemente foram de 48% na região Nordeste que manteve-se estável em 2006 e 2012, 36% na região Norte que antes marcava 33% e 55% no Sul onde o índice anterior era de 43% e 56% no Centro-Oeste, onde era de 40% em 2016. A tabela a seguir compara o número da população que bebeu em binge¹ nos últimos 12 meses, em 2006 e 2012.

¹ Beber em binge é considerado beber 5 doses ou mais, no caso de homens, e 4 doses ou mais, no caso de mulheres, em uma mesma ocasião num intervalo de até 2 horas –

Tabela 1 - População que bebeu em binge nos últimos 12 meses, população adulta não abstêmia, por gênero, 2006 e 2012.

Ano do estudo		Bebeu em binge últimos 12 meses		TOTAL
		SIM	NÃO	
2006	Homens	51%	49%	100%
	Mulheres	36%	64%	100%
	Total	45%	55%	100%
2012	Homens	66%	34%	100%
	Mulheres	49%	51%	100%
	Total	59%	41%	100%

Fonte: II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad) divulgado em Abril de 2012, disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>.

O II Lenad também revelou o consumo de substâncias ilícitas no Brasil, o qual concluiu que a substância ilícita com maior prevalência de uso na população brasileira é a maconha. Do total da população adulta, 5,8% declarou já ter usado a substância alguma vez na vida. Analisando o uso nos últimos 12 meses, 2,5% dos brasileiros adultos declaram ter usado. A prevalência uso da cocaína uma vez na vida pela população adulta observada é de 3,8%, sendo a prevalência do uso de cocaína nos últimos 12 meses na população adulta observada é de 1,7%. O estudo levantou ainda que 9,6% da população com 18 anos ou mais já utilizou pelo menos uma vez na vida tranquilizantes, este por sua vez é o mais consumido entre a população adulta nos últimos 12 meses. O estudo revela que a prevalência do uso de crack nos últimos 12 meses na população adulta é de 0,7%, no estudo não está contemplada na população de rua. Já a prevalência do uso de crack alguma vez na vida observado foi de 1,3%. As tabelas a seguir resumem os principais resultados:

Tabela 2 - Proporção de indivíduos que utilizaram determinada substância alguma vez na vida (2012)

Substancia (Consumo na vida)	Adolescentes		Adultos	
	%	N	%	N
Cocaína	2,3	316.040	3,8	5.131.954
Estimulantes	1,3	182.302	2,7	694.737
Ritalina	0,6	87.050	0,4	568.249
Crack	0,8	108.867	1,3	1.766.438
OXI	0,5	66.454	0,3	420.099
Tranquilizantes	2,5	342.209	9,6	12.842.014
Solventes	2	275.460	2,2	2.907.375
Ecstasy	0,5	70.985	0,7	949.804
Morfina	0,1	14.258	0,8	1.105.167
Heroína	0,2	25.854	0,2	208.958
Esteroides	0,8	112.212	0,6	862.833
Alucinógenos	1,4	191.646	0,9	1.208.616
Anestésicos	0,4	52.091	0,5	695.600
Maconha	4,3	597.510	6,8	7.831.476

Fonte: II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad) divulgado em Abril de 2012, disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>.

De acordo com o relatório, divulgado em 15 de maio de 2014, o consumo nocivo de álcool é definido pela OMS (Organização Mundial da Saúde) como a causa de consequências negativas para o consumidor, as pessoas que o rodeiam e a sociedade como um todo, assim como padrões de consumos associados ao aumento do risco de problemas de saúde. O uso nocivo do álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo, e parece estar relacionado a 3,3 milhões de mortes a cada ano. Desta forma, quase 6% de todas as mortes em todo o mundo são atribuídas total ou parcialmente ao álcool.

Por conseguinte, o Ministério da Saúde (2003) adotou a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, exigindo a formulação e aplicação de novas estratégias de contato e de vínculo com o usuário e sua família, além do reconhecimento de suas características, necessidades e vias de administração de drogas, objetivando o desenho e implantação de múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção de ações de fácil adaptação às diferentes necessidades.

Com base nos fundamentos dispostos acima, em 2011, o Ministério da Saúde, através da Portaria Nº 3.088, de 23 de Dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim sendo, a Rede de Atenção Psicossocial apresenta como diretrizes²:

- Art. 2º Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:
- I - respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
 - II - promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
 - III - combate a estigmas e preconceitos;
 - IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
 - V - atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
 - VI - diversificação das estratégias de cuidado;

² Fonte:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII - desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX - ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X - organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI - promoção de estratégias de educação permanente; e

XII - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

As diretrizes elencadas acima demonstram de forma objetiva uma reestruturação no modelo de assistência que possui, como eixo principal, a Reabilitação Psicossocial e a reinserção social dos usuários de forma integrada à comunidade em que estão inseridos, cumprindo os pressupostos norteados pelos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Quando se trata de conceituar Reabilitação Psicossocial, é consenso entre os especialistas que se refere a uma estratégia e uma vontade política de aplicar-se uma série cuidados com relação a pessoas vulneráveis socialmente, no sentido de que esses indivíduos consigam gerenciar suas vidas com maior autonomia e capacidade de escolha, possibilitando o processo de trocas sociais e a restituição plena dos seus direitos (Kinoshita, Bertolote, 2001).

Isto posto, o processo de Reabilitação Psicossocial favorece ao indivíduo maiores oportunidades para exercer sua cidadania, adquirir autonomia, capacidade social e para o trabalho. Ele se torna uma possibilidade concreta de a pessoa desenvolver sua própria habilidade no caminho da sua emancipação e sua capacidade para exercer plenamente seus direitos. Busca, ainda, estabelecer melhores negociações entre as necessidades dos portadores de sofrimento psíquico e as oportunidades dentro da realidade social em que vivem (Salles, Barros, 2009).

Entretanto o conceito de Reabilitação Psicossocial que mais se destaca ainda está associado ao modelo psiquiátrico tradicional, ou seja, está atrelado à lógica da normalidade social, sendo esse o principal desafio a ser superado quando se considera o modelo psicossocial de atenção. Para que as ações reabilitatórias desenvolvidas no serviço não apenas reforcem o caráter regulatório, mas que permitam desconstruir o paradigma psiquiátrico de exclusão e controle social, o serviço deve estar comprometido com a transformação das condições de vida dos usuários.

No que se refere à possibilidade da Reabilitação Psicossocial estar voltada aos sujeitos em uso prejudicial de álcool e outras drogas, são necessárias discussões sobre o significado do tratamento em si e a utilização dos recursos disponíveis _humanos, comunitários, materiais e o contexto de vida do indivíduo.

Desse modo, a reabilitação deve englobar todos os profissionais e a todos os atores do processo saúde-doença, ou seja, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente a comunidade inteira. O processo de adoecimento da pessoa se relaciona principalmente a aspectos do modo de vida de cada um, exigindo uma resposta complexa e diversificada sobre o cuidado. Daí a necessidade de se destacar a singularidade do sujeito, pois cada pessoa carrega em si características únicas e singulares; estas são inerentes ao planejamento de qualquer ação de cuidado.

Segundo Kinoshita (2014), é singular porque, cada pessoa, família ou comunidade se relacionam dentro de um espectro de individualidade, todos são o produto das interações que tiveram durante a história e contextos de vida. Como cada uma dessas histórias é única, para constituir um projeto futuro, torna-se necessário um plano pensado de modo muito especial, na medida justa para a pessoa ou coletivo específico (família/comunidade). Um aspecto relevante acerca das práticas profissionais é a capacidade de exercício da empatia, por meio da escuta qualificada, do acolhimento e da disponibilidade para vinculação e apoio para elaboração de estratégias de cuidado e resolução de conflitos.

De acordo com todos esses argumentos abordados, julga-se oportuno realizar um estudo com o objetivo de identificar a percepção de profissionais da saúde de um Centro de Referência para o tratamento dos problemas relacionados ao uso prejudicial de substâncias psicoativas acerca da Reabilitação Psicossocial.

O processo de Reabilitação Psicossocial tem como finalidade devolver ao indivíduo a capacidade de desenvolver a sua cidadania. Esse processo não tem uma conclusão definida, pois nele se trabalha a intenção do tratamento com o usuário, como uma construção conjunta, e não de

forma separada, onde a equipe de cuidados antecipadamente determina, como no modelo psiquiátrico tradicional. Essa mudança na cultura hospitalocêntrica na saúde mental não se faz apenas com a implantação de novos serviços, mas com a transformação das práticas; é necessária uma articulação dos serviços que permita construir um novo profissional que esteja à disposição do usuário. De acordo com ROTELLI (1992, p 76): "... um profissionalismo que não seja mais caricatural e simplificado, mas um profissionalismo complexo, que consiga um elemento de transformação cultural da sociedade que vivemos".

Fundamentado na conservação política e jurídica da Lei n. 10.216/2001³ e da III Conferência Nacional de Saúde Mental⁴, o Governo Federal constituiu normas de financiamento e organização da rede de serviços comunitários, por meio da Portaria n. 336, de fevereiro de 2002⁵, a qual definiu as diversas modalidades de CAPS_ Centro de Apoio Psicossocial_, dentre elas os serviços propostos à população de crianças e adolescentes e aos usuários de álcool e outras drogas. Concomitantemente, apontou o papel dos CAPS na organização da atenção psicossocial no território, definindo os conceitos de Rede e Território como proposta central para a nova modalidade de atenção comunitária.

Em 2010 foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental⁶ - Inter setorial, que reafirmou as diretrizes da Reforma e reconheceu os avanços alcançados, assinalando a necessidade de enfrentar novos desafios, principalmente a construção e fortalecimento de parcerias com as políticas sociais de Assistência, Educação, Cultura, Lazer, Direitos Humanos. Segundo DELGADO (2014, p 22).

Nesse momento, a Saúde Mental já havia assumido definitivamente o cuidado às pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas e um fenômeno era observado:

³ Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

⁴ Fonte: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf.

⁵ Fonte: <http://bibliofarma.com/portaria-gmms-no-336-de-19-de-fevereiro-de-2002/>. Estabelece normas referentes à instituição dos Centros de apoio psicossociais.

⁶ Fonte: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf.

arrefecera consideravelmente no seio da sociedade brasileira a disposição para manter isolados, internados, os loucos. Em contrapartida, se fortalecia uma tendência que ia na contramão da reforma: a ideia de que os usuários de drogas “precisavam” ser internados para se “livrarem” dos problemas por seu uso e, por consequência, “livrarem” a sociedade de suas ações e comportamentos inadequados.

Com base nesses marcos regulatórios, os CAPS ad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem o uso prejudicial de álcool e outras drogas, e proporcionar o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada, de evolução contínua. Tais centros possibilitam, ainda, intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento.

A partir disso, os CAPS ad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar. (Brasil, 2004⁷).

O presente estudo objetivou pesquisar um grupo de profissionais de saúde que exercem suas funções em um CAPS ad, buscando identificar a compreensão destes sobre a Reabilitação Psicossocial.

1.1. PERGUNTA DA PESQUISA

Como é percebida pelos profissionais de saúde a Reabilitação Psicossocial na sua prática?

1.2. OBJETIVO PRINCIPAL

Analisar a percepção dos profissionais de saúde do CAPS ad Ilha de Florianópolis-SC

⁷ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

1.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como a Reabilitação Psicossocial está inserida nas práticas dos profissionais;
- Quais as principais facilidades e dificuldades dos profissionais em torno das ações reabilitatórias;
- Identificar possíveis conflitos enfrentados pelos profissionais nas suas intervenções.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. REFERÊNCIAS PARA ANÁLISE DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.

No Campo da assistência psiquiátrica, o termo Reabilitação foi introduzido no contexto das Reformas Psiquiátricas desenvolvidas na Europa e nos Estados Unidos, priorizando uma mudança no tratamento oferecido aos portadores de sofrimento psíquico, que antes eram internados em instituições totais, como asilos e manicômios, para dispositivos de cuidados na comunidade.

A Reabilitação Psicossocial nasceu nos Estados Unidos na década de 1940, a partir de encontros de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos chamado, *WANA-W e are not alone*⁸, que recebeu auxílio da *Fountain House* (clube social para os ex-internos, organizado por um grupo de mulheres).

Partindo disso, “o instituto da Reabilitação Psicossocial avançou nas décadas posteriores, por meio de novos programas e associações civis, centrando-se, sobretudo, em três frentes de ação: capacitação ou trabalho protegido, oficinas protegidas, moradias ou alojamentos. Além disso, na década de 1970, o governo passou a intervir e financiar ações no setor com a criação de redes complexas que utilizam, primariamente, os recursos comunitários” (DESVIAT, 1999, p. 93-4).

Num sentido mais global, a partir dos anos 60 diminui a população de pacientes internados em Hospitais Psiquiátricos. Em particular, se produziu na maior parte dos países europeus e na América do Norte uma tendência decisiva para a Desinstitucionalização, o que, na realidade, se tratou de desospitalização, através da qual se transferiu multidões de pacientes do abandono manicomial ao abandono extra manicomial.

À vista disso, na Itália, por exemplo, a diminuição da população de pacientes internados em Hospitais Psiquiátricos foi caracterizada por motivos especificamente correlacionados ao movimento da Reforma, por Franco Basaglia, nos anos 60, amparado pela lei de reforma de 1978. Nos EUA, essa diminuição é atribuível a políticas sanitárias que tinham como objetivo reduzir o custo com os hospitais psiquiátricos. Já na Inglaterra, essa diminuição está ligada ao episódio da racionalização dos gastos, que considera mais conveniente a alocação dos recursos para a psiquiatria

⁸ “Não estamos sós”, tradução minha.

voltados a estruturas terapêuticas extra hospitalares e a confirmação de que o Hospital Psiquiátrico é um lugar com baixo potencial terapêutico.

Por consequência de todos esses movimentos, surge o motivo da importância dos estudos da Reabilitação, que brota de uma exigência de responder à demanda de “entretenimento extra manicomial” e de melhora da qualidade da assistência de grande parte de pacientes, no sentido de proporcionar um momento cotidiano de auxílio no cuidado do paciente; de controle do paciente que vive só, pra lhe oferecer uma alternativa à solidão diária; para tentar uma inserção dele no mundo produtivo; para apoiá-lo na vida habitacional, no interior de qualquer residência mais ou menos protegida; de auxiliar nas intervenções psicoterápicos ou farmacológicas. Segundo Saraceno (2001), a resposta ao exposto pode ser tanto a simples representação de uma lógica de controle e contenção, como conceber uma melhora real da qualidade de vida do que se oferece ao paciente.

Na realidade, o amplo número de pacientes psiquiátricos desamparados, mas não contido, e a interrupção do controle coercitivo, faz surgir problemas com relação às famílias, às autoridades sanitárias e à coletividade, o que determina a necessidade de resultados que possa organizar, seja em torno da simples lógica do abandono ou em torno da lógica extramural ou, enfim, à lógica da reconstrução da cidadania plena. Em suma, o interesse pela Reabilitação Psicossocial aconteceu no contexto da diminuição das internações psiquiátricas; da necessidade de uma nova forma de efetivamente inserir os egressos de longas internações na comunidade; de ampliação dos direitos dos doentes mentais; e da evolução do conhecimento psiquiátrico sobre a heterogeneidade das psicoses (Saraceno, 1998).

A precisão da reabilitação concorda com a necessidade de se encontrar estratégias de ação que estejam numa relação mais real com as variáveis que parecem mais implicadas na evolução da psicose. Algumas evidências epidemiológicas denunciam o quão estático e pobre são as intervenções extramuros, com características exclusivamente farmacológicas e psicoterápicas.

Segundo SARACENO (1998, p. 26):

“Aquilo que se assiste é uma curiosa fratura entre articulações teóricas, sofisticações diagnosticas, abundância de modelos e tecnologias, por um lado e, por outro, a modéstia e a repetição das práticas

terapêuticas assistências reais e substancial parada no tempo dos sucessos terapêuticos” (p. 26-31).

Essas práticas terapêuticas parecem implicar discretamente no andamento das doenças, enquanto estas parecem, frequentemente, correlacionar-se a variáveis ligadas ao contexto do paciente (micro e macrosocial), onde se devem incluir também as estratégias assistenciais dos serviços antepostos.

Dessa forma, os motivos da importância da Reabilitação Psicossocial merecem ser estudados não tanto com relação às mudanças ocorridas na teoria das doenças mentais ou na riqueza das técnicas do tratamento, mas devem destacar principalmente as mudanças que tem a ver com as dinâmicas sociais, culturais, econômicas que influenciaram a condição dos doentes mentais.

Conforme Saraceno (2001), contextos sociais diversos determinam resultados sociais _clínicos_ diversos. As pessoas portadoras de transtornos mentais ou transtornos físicos, transtornos sociais ou transtornos sensoriais, são degradadas especialmente na escala social; perdem vantagens, privilégios. O processo de reabilitação psicossocial nesses casos se torna uma importante oportunidade de restituição dessas condições sociais necessárias para uma vida plena, restituindo ou constituindo direitos, vantagens, posições que estas pessoas perderam ou que nunca tiveram devido ao seu problema, se lhes fossem oferecidas condições que contribuíssem para que tais barreiras fossem atenuadas ou desaparecessem. (Bertolote, 1996).

Segundo Rotelli e Amarante (1992), a desinstitucionalização não deve ser praticada apenas no interior do hospital psiquiátrico, mas propõe a necessidade de desinstitucionalizar, isto é, reabilitar o contexto, e cuja principal função reabilitadora seria a restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com as instituições sociais, ou melhor, a possibilidade de recuperação da contratualidade.

Pitta (1996) compreende a Reabilitação Psicossocial como um processo que facilita ao indivíduo, a despeito de suas limitações, maior autonomia na comunidade. Saraceno (1996) descreve a reabilitação psicossocial como um exercício de cidadania e contratualidade estabelecida em esferas distintas e complementares como o habitar, a rede de relações sociais e o trabalho.

Para Kinoshita (1996) a Reabilitação Psicossocial seria um processo de restituição do poder contratual do usuário visando ampliar sua autonomia. Dentro desse foco, o processo de Reabilitação Psicossocial favorece ao indivíduo exercer plenamente ações, relações

dentro do contexto social que está inserido, que o circunda. Busca, ainda, estabelecer melhores negociações entre as necessidades dos portadores de sofrimento psíquico e as oportunidades do contexto em que vivem (Salles, Barros, 2009).

“Para que as ações reabilitatórias desenvolvidas no serviço não reforcem o caráter regulatório, mas desconstruam o paradigma psiquiátrico de exclusão e controle social, o serviço deve estar comprometido com a transformação das condições de vida dos usuários” (HIRDES, 2004. P. 37-46).

A Reabilitação deveria ser, portanto, o conjunto de procedimentos que procuram aumentar as habilidades e diminuir a deficiência. Ou seja, são intervenções de reabilitação todas as intervenções que procuram colocar em condição o sujeito a realizar suas performances cognitivas e sociais. Segundo a Declaração de Consenso em Reabilitação Psicossocial⁹, escrita por pesquisadores e profissionais de diferentes nacionalidades, reabilitação psicossocial é um processo que facilita a oportunidade para indivíduos – que são prejudicados, inválidos ou dificultados por alguma ordem mental – alcançarem um ótimo nível de funcionamento independente na comunidade. Isso implica em ambos os indivíduos, profissionais e usuários –melhorando a competência e introduzindo mudanças ambientais para criar uma vida com melhor qualidade possível para pessoas que experimentaram uma desordem mental ou tem deterioração mental que produz um certo grau de aptidão.

2.2. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL.

Como fora salientado anteriormente, “a chamada desinstitucionalização psiquiátrica Italiana influenciou fortemente a transformação da assistência de Saúde Mental no Brasil” (VASCONCELOS, 2009. P. 77-80). Dessa maneira, em 1970, a Reforma Psiquiátrica no Brasil surgiu como um movimento que implicou na mudança de uma série de dispositivos institucionais, sem qualquer mecanismo asilar, influenciado por movimentos antipsiquiátricos também oriundos dos Estados Unidos e Europa desde os anos de 1960, especialmente na Psiquiatria democrática de Basaglia.

⁹ Fonte: <http://www.portaleducacao.com.br/psicologia/artigos/42419/conceitos-para-definicao-de-reabilitacao-psicossocial>.

Franco Basaglia (1991) questionou a Instituição Psiquiátrica, que destacou-se por segregar e isolar a loucura, sedimentando as relações de exclusão vivenciadas por doentes mentais. O autor criticou as interações e representações sociais que afirmaram tais relações, entre elas o hospital psiquiátrico. A partir da década de 90, “a experiência Italiana passou a ser adotada no Brasil, como principal referência para as diversas abordagens contemporâneas em Saúde Mental, incluindo a chamada Atenção Psicossocial” (VASCONCELOS, 2009. P. 80).

De acordo com Amarante (2007), restrita ao modelo hospitalocêntrico, a situação da assistência psiquiátrica no Brasil foi marcada pela ineficiência dos tratamentos e a violação dos direitos humanos. Os primeiros movimentos neste sentido ocorreram na década de 1970 através de denúncias da prática de violências nos manicômios, da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de assistência, que deram origem ao Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, o MTSM.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica no Brasil cresceu como um movimento social, articulada a um conjunto de iniciativas operadas nos campos legislativo, jurídico, administrativo e cultural, que visam transformar a relação entre a sociedade e a loucura. Como todo movimento social, contou com a participação dos profissionais em saúde, familiares, usuários e a sociedade em geral. Então, “esse movimento surgiu no sentido de questionar a instituição asilar e a prática médica, e humanizar a assistência, fazendo com que houvesse ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação” (MACIEL, SC, 2012. P. 73-82).

Em conformidade consoante ao surgimento desse movimento, em 1989 houve a apresentação do Projeto de Lei nº 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado, que regulamentava os direitos dos doentes mentais em relação ao tratamento e indicava a extinção progressiva dos manicômios públicos e privados, e sua substituição pelos serviços extra hospitalares. Esse projeto foi transformado na Lei 10.216, de 6 de Abril de 2001¹⁰, atualmente em vigor, que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por novas modalidades de atendimento, como Hospitais-Dias (HDs), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Lares Protegidos, propondo a substituição gradativa dos leitos em hospitais especializados e dificultando a internação psiquiátrica involuntária.

¹⁰ Fonte: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm.

Esta lei impulsionou mudanças na legislação e na concepção e adequação do tratamento aberto e igualitário, recomendado pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e pelo Ministério da Saúde. Com isso, a própria comunidade e a família tornaram-se parte da rede social que se constitui em torno desses serviços.

A Declaração de Caracas¹¹, documento da Organização Mundial de Saúde que trata da reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina, reconhece a ineficácia do Hospital Psiquiátrico como dispositivo terapêutico (OMS, 1991). Desde seu surgimento, o hospital psiquiátrico tem-se voltado à atenção de demandas sociais, na perspectiva da exclusão da insanidade mental e não primordialmente às ações terapêuticas. Daí, a decisão por sua extinção, a partir da década de 70 na Itália e, de forma modificada, a partir da Lei 10.216/01 no Brasil.

Vários profissionais foram convocados a intervir nos processos de tratamento das pessoas com sofrimento psíquico. O trabalho em conjunto é mais eficaz, pois se entende que o sujeito é um ser biopsicossocial. Costa-Rosa (2000) nomeia o conjunto das práticas promovidas pela Reforma Psiquiátrica como “modo psicossocial”, em um movimento de contradição ao modelo psiquiátrico tradicional (ver quadro 1). Para o autor, a fim de caracterizar a mudança de paradigma de atenção capaz de superar o modelo asilar, é imprescindível que a prática preencha as seguintes condições:

1) Concepção do objeto e dos meios de trabalho: o modo psicossocial caracteriza-se pela transformação nas concepções do objeto e na participação e implicação do sujeito no tratamento, tendo como meio de trabalho a equipe multiprofissional, que, pelas trocas de saberes e práticas, supera o modelo centrado na doença e na medicina;

2) Concepções das formas de organização institucional: o modo psicossocial se caracteriza por uma organização institucional dos dispositivos de trabalho horizontal, no qual a participação, autogestão e uma equipe multiprofissional são fundamentais para a realização de um cuidado integral;

3) Formas do relacionamento com a clientela: o modo psicossocial propõe-se que a instituição, por meio de seus agentes, adquira um caráter de espaço de interlocução, agenciadora de subjetividades, a instituição deve funcionar como ponto de fala e escuta da população;

¹¹ Fonte: http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/declaracao_caracas.

4) Concepções dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos: o modo psicossocial objetiva o reposicionamento subjetivo, levando em conta as dimensões coletiva e sociocultural. Deverá ser pensado na perspectiva de uma ética que se abra para a ‘singularização’. Assim, implicações subjetiva e sociocultural, além da singularização, são as metas quanto à ética das práticas no modo psicossocial.

Quadro 1 – Principais Características do Modelo Psiquiátrico e da Atenção Psicossocial.

	Modo Psiquiátrico	Atenção Psicossocial
Objetivo	Simples doença mental	Complexo existência-sofrimento
Pressuposto teórico-conceitual	Campo das neurociências	Campo transdisciplinar
Estratégias de intervenção	Isolamento e predominantemente biológica	Predominância da diversidade e da invenção
Agentes do cuidado	Médico	Coletivos
Lugar do cuidado	Hospitalização	Rede e intersetorialidade
Prática social	Exclusão/violência	Inclusão e solidariedade

Fonte: Yasui, S. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010, p. 110.

Com a doença em parênteses, depara-se com o sujeito, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios, possibilitando uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Desse modo, “os serviços se tornam dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais, enquanto serviços que lidam com as pessoas, e não com as doenças; devem ser lugares de socialização e produção de subjetividades” (AMARANTE, 2007, p. 61-81).

Nessa perspectiva, dentro das diversas abordagens da Atenção Psicossocial, voltadas para uma nova forma de atenção à saúde, encontramos a Reabilitação Psicossocial. O interesse por ela aconteceu no contexto da diminuição das internações psiquiátricas; da necessidade de uma nova forma de efetivamente inserir os egressos de longas internações na comunidade; de ampliação dos direitos dos doentes

mentais; e da evolução dos conhecimentos psiquiátricos sobre a heterogeneidade das psicoses. (Saraceno, 1998)

Como enfatiza o autor, esta definição implica que a Reabilitação Psicossocial não seria um conjunto de técnicas instrumentalizadas para ocupar o tempo dos doentes mentais. Não se trata de enquadrar o sujeito em determinados modelos pré-estabelecidos, mas sim ver suas potencialidades e criar situações respeitando seus limites.

O autor ainda afirma que a Reabilitação Psicossocial não é uma estratégia de habilitar o “desabilitado”, tornando forte o fraco, mas um processo que aponta para realizar mudanças, a fim de se criar possibilidades de vida e a partir daí construir a cidadania plena.

A OMS (Organização mundial de saúde) classifica a Reabilitação Psicossocial como:

[...] um processo que oferece aos indivíduos que estão desabilitados, incapacitados ou deficientes em virtude de transtorno mental a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais [...] A Reabilitação Psicossocial é um processo abrangente e não apenas uma técnica (OMS, 2001, p. 94).

Assim, a Reabilitação Psicossocial embasa políticas de saúde mental brasileiras, constituindo-se num importante operador teórico-prático da Reforma Psiquiátrica, orientando serviços como CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). Porém, acredita-se que no vestígio desse conceito e suas implicações práticas ainda se fazem presentes antigas formas de psiquiatrização, sob um novo rótulo. Afinal, mesmo um serviço de base comunitária pode trazer traços da cultura asilar.

2.3. REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO COMO DISPOSITIVO CLÍNICO INSERIDO NO CAMPO DO CUIDADO DO CAPS.

Para a OMS (Organização Mundial de Saúde), a Reabilitação consiste numa estratégia de alcance ou de recuperação de capacidades importantes para a reinserção social. Segundo Pitta (1996), tendo em vista as consequências invalidantes do adoecimento mental, a OMS classifica

as atuações das estratégias de reabilitação voltadas para uma abordagem psicossocial:

1) A disfunção, *impairment*, a qual é traduzida como alteração, deterioração ou diminuição da capacidade funcional, cujo cuidado se centra na ação farmacológica, psicoterápica, fisioterápica etc.;

2) A desabilitação, corresponde à carência das habilidades para a vida diária, a qual necessita de técnicas voltadas para o treinamento de atividades da vida diária;

3) A deficiência, *handicap*, desvantagem que o indivíduo apresenta “resultante de uma alteração prolongada do estado ‘normal’ do indivíduo” (Pitta, 1996, p.20), que necessita de cuidados mais complexos, como suporte residencial, laborativo, de transporte, etc.

Para a Pitta (1996), a Reabilitação Psicossocial seria um “processo-técnico” singularizado, destinado a reintegração dos sujeitos “degenerados” pela prática psiquiátrica ao longo dos anos.

Diante disso, Sarraceno (1998) aponta que a abordagem biopsicossocial se perfaz no reconhecimento do papel dos usuários, da família, da comunidade e de outros profissionais de saúde como fontes geradoras de recursos para o tratamento da doença mental e promoção da saúde mental. Dessa forma, intervir em saúde mental é estar atento à realidade social, econômica e cultural em que vivem as pessoas em sofrimento psíquico, operando na formulação de uma Clínica Ampliada, o que traz possibilidades de fazer emergir para os profissionais de saúde outros aspectos do sujeito, que não apenas o biológico, considerando o usuário em seu contexto sócio histórico, em seus modos de viver, enfim, em seu território.

Para Campos (2003), a Clínica Ampliada é denominada por “Clínica do Sujeito”, que exige um deslocamento da ênfase na doença para centrá-la na pessoa que apresenta algum problema de saúde. Trata-se de saber o que o sujeito apresenta de regularidade na clínica e mais além, o que ele manifesta de diferente, de singular, que não se repete e que é só dele. Isto pressupõe a construção de vínculo com o usuário. Para o autor, ainda, a Clínica Ampliada se trata de uma prática capaz de reconhecer as potencialidades dos sujeitos em cada situação e na qual os profissionais, familiares e usuários estão imersos em uma teia de forças que os constitui.

No contexto das mudanças sociais e políticas, tendo como marco a Reforma Psiquiátrica Brasileira, os protagonistas do movimento propõem transformações no modelo assistencial em saúde mental, com impactos e

consequências que extrapolam o setor da saúde. Tal processo se concretiza por meio da constituição de uma rede de serviços de atenção e cuidados que produziu a acumulação de saberes e práticas, cujos princípios e conceitos mais importantes a caracterizam como uma ruptura com o modelo psiquiátrico tradicional.

Diante disso, como estratégia de transformação da assistência que se concretiza na organização de uma ampla rede de cuidados em saúde mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem como o principal instrumento de implementação da política nacional de saúde mental.

Nessa perspectiva, o cotidiano de um CAPS é o de pensar, para cada um que busca o cuidado, um projeto terapêutico, considerando a sua singularidade, sua complexidade. Um projeto que contemple uma diversidade de estratégias de cuidado. Um CAPS é a articulação dos diferentes projetos com diferentes recursos existentes no seu entorno e no seu território.

“O CAPS é meio, é caminho, não o fim. É a possibilidade da tessitura, da trama, de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é tecido em uma ampla rede de alianças que inclui diferentes segmentos sociais, diversos serviços. Distintos autores e cuidadores” (YASUI, S, 2010, p. 115).

Nesse sentido, não podemos restringir um serviço a um local físico e aos seus profissionais, mas a todas as oportunidades e lugares que favoreça a Reabilitação Psicossocial do paciente. Nesse contexto estão incluídas a valorização das habilidades de cada indivíduo, práticas terapêuticas que visam ao exercício da cidadania, as políticas de saúde mental transformadoras do modelo hegemônico da assistência, contribuindo para a permanência de uma Clínica Ampliada. A reabilitação psicossocial, portanto, trata-se de “uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais” (PITTA, 1996: p. 210).

Portanto, as intervenções em saúde mental podem contemplar o indivíduo em sua totalidade, utilizando técnicas tanto individuais como coletivas, considerando as realidades locais como determinantes dessas intervenções ou, ainda, partir da singularidade do sujeito para propor intervenções convocando a responsabilização do sujeito pelas respostas que apresenta. (VIGANÓ, C., 1999, P. 50-9)

2.4. REABILITAÇÕES PSICOSSOCIAL AO SUJEITO EM USO PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO CAPS AD

2.4.1. Políticas Para A Atenção Integral A Usuários De Álcool E Outras Drogas

Historicamente, o tema do uso abusivo de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma visão predominantemente psiquiátrica ou médica, sendo apenas o abuso a questão principal para o tratamento. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na concepção do problema. Destaca-se ainda, que o tema está sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de tratamentos inspirados em modelos de exclusão dos usuários do convívio social.

No ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado, Lei 10.216, de 06 de Abril de 2001, é sancionada no país. Essa lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Viabilizando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), no sentido de normalizar a atenção a usuários de álcool e drogas, o Ministério da Saúde publicou portarias voltadas para a estruturação da rede de atenção específica para essas pessoas. A portaria GM/336 de 19 de Fevereiro de 2002, define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) - incluídos aqui os CAPS voltados para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, os CAPS ad.

Criados como dispositivos centrais para a organização da atenção à saúde mental para as pessoas que usam e/ou abusam de álcool e outras drogas, os CAPS ad tem como objetivo oferecer atendimento integral à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando dentre muitos objetivos: prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; oferecer condições para repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados; oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; promover, mediante diversas ações intersetoriais, a reinserção social dos usuários, planejando estratégias conjuntas para o enfrentamentos dos problemas;

trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso prejudicial de substâncias psicoativas; e para a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo (BRASIL, 2004).

No ano de 2004 foi instituída a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em consonância com a lei 10.216/2001, e fruto das reivindicações das Conferências de Saúde, em especial da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Tal política preconiza a estruturação e o fortalecimento de uma rede de cuidados centrada na atenção comunitária, portanto extra-hospitalar articulada a outros serviços de saúde e sociais. Enfatiza a importância na Reabilitação e Reinserção social dos usuários a partir da Atenção Psicossocial, de dispositivos territorializados e articulados em rede, que se utilizem da lógica da Redução de Danos (RD) como uma estratégia de trabalho e cuidado, de forma íntegra ao meio cultural em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004).

A Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, na atuação em promoção, prevenção e tratamento voltado aos usuários de álcool e outras drogas, indica a construção de ações intra e intersetoriais, que contemplem diferentes atores governamentais e não governamentais, dentre eles a sociedade civil, no qual a defesa da saúde e visão social são elementos indispensáveis. Tem como diretrizes a Atenção Integral e a Intersetorialidade, a primeira se consolida na prevenção em saúde, promoção e proteção à saúde dos consumidores da substância, da construção de redes assistenciais, do controle de entorpecentes e substâncias que produzem o uso abusivo, da padronização dos serviços de atenção ao público que faz uso de álcool e outras drogas, a da criação de diretrizes para uma política nacional, íntegra e intersetorial de redução de danos à saúde e ao bem-estar causados pelas bebidas alcoólicas. Já a intersetorialidade – considera que o uso de álcool e outras drogas é um tema transversal as áreas da saúde, justiça, educação e desenvolvimento necessitando de íntensas e comprometidas articulações na execução de uma política íntegra de atenção a esses sujeitos. (Abreu, 2013).

O conteúdo desta política ainda fortalece que “[...] se as manifestações do uso indevido de álcool e drogas encontram seu lugar na comunidade, é neste ambiente que terão lugar as práticas terapêuticas, preventivas e educativas de maior impacto sobre os chamados fatores de risco para este uso indevido” (BRASIL, 2004, p. 36). Dessa forma, os CAPS também devem ter a responsabilidade de organizar a rede local de

serviços de atenção a usuários de álcool e drogas de seu território de atuação, considerando a importância de cuidar dos sujeitos em ambiente comunitário, integrada a cultura local e articulada a rede de serviços, governamental e não governamental.

2.4.2. Redes De Atenção Psicossocial Para Pessoas Com Sofrimento Ou Transtorno Mental E Com Necessidades Decorrentes Do Uso De Crack, Álcool E Outras Drogas

A publicação da Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011, veio regulamentar de forma detalhada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nela estão descritos os principais serviços e ações que oferecem atenção psicossocial, no país, para todas as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, incluindo aqueles decorrentes do uso prejudicial de drogas.

A construção de uma rede comunitária de cuidados é fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. A articulação em rede dos variados pontos de atenção promove a constituição de um conjunto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Uma rede conforma-se à medida que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços do município (Garcia, L.; Santana, P.; Pimentel, P.; Kinoshita, R.T.; 2013).

Para a organização dessa Rede, a noção de território é especialmente orientadora. O território é a designação de uma área geográfica, mas também das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Segundo Santos (1978), o conceito de espaço é central como um conjunto de formas representativas de relações sociais do passado e do presente e por uma estrutura representada por relações que estão acontecendo e manifestam-se através de processos e funções.

(...) o espaço por suas características e por seu funcionamento, pelo que ele oferece a alguns e recusa a outros, pela seleção de localização feita entre as atividades e entre os homens, é o resultado de umas práxis coletivas que reproduz as relações sociais, (...) o espaço evolui pelo movimento da sociedade total (SANTOS, 1978, p. 171).

Assim, trabalhar no território, não equivale a trabalhar na comunidade, mas trabalhar com componentes, saberes e forças concretas

da comunidade que propõe soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns, trabalhar no território significa, assim, resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental.

A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes:

- Atenção Básica em Saúde:

- ❖ Estratégia de Saúde da Família (ESF): conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva, que abrange a promoção e a proteção da saúde, além da prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, objetivando desenvolver uma atenção integral que impacte a situação de saúde e a autonomia das pessoas, bem como os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

- ❖ Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): são equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento para atuarem em conjunto com as equipes de Saúde da Família, compartilhando práticas em saúde nos territórios. Ofertam apoio especializado a essas equipes, que inclui a discussão de casos e os cuidados compartilhados dos pacientes, podendo incluir o manejo de situações relacionadas ao sofrimento mental e aos problemas relacionados ao uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas.

- ❖ Equipe de Consultório na Rua: são equipes multiprofissionais, que atuam frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua.

- ❖ Centro de Convivência e Cultura: ponto de atenção aberto a toda população, que atua na promoção da saúde e nos processos de Reabilitação Psicossocial, a partir do resgate e criação de espaços de convívio solidário, fomento a sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

- Atenção Psicossocial Estratégica:

- ❖ Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): constituído por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente acompanhamento de pessoas com sofrimento mental graves e persistente, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do

uso prejudicial de álcool e outras drogas, ou outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Atua de forma territorial, seja em situação de crise, seja nos diversos momentos do processo de Reabilitação Psicossocial. Há diversas modalidades de CAPS de acordo com o quadro abaixo:

Quadro 2 - Modalidades dos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de acordo com a Lei 3088 de 23 de dezembro de 2011.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	
CAPS I	Atendimento aos pacientes portadores de sofrimento mental, em municípios ou regiões com população acima de 15 mil habitantes
CAPS II	Atendimento aos pacientes portadores de sofrimento mental, em municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes
CAPS III	Atendimento aos pacientes em uso prejudicial de álcool e outras drogas, em municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes, funcionamento 24 horas.
CAPS AD	Atendimento aos pacientes em uso prejudicial de álcool e outras drogas, em municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.
CAPS AD III	Atendimento aos pacientes em uso prejudicial de álcool e outras drogas, em municípios ou regiões com população acima de 150 mil habitantes, funcionamento 24 horas.
CAPS i	Atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento mental, em municípios ou regiões com população acima de 70 mil habitantes.

Fonte: autora (2016)

- Atenção Residencial de Caráter Transitório
- ❖ Unidades de acolhimento: ponto de atenção que oferece cuidados de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso prejudicial

de álcool, crack e outras drogas, que apresentam acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, em período de seis meses.

❖ Serviços de atenção em regime Residencial: destinado a oferecer cuidado contínuos, de caráter residencial transitório, por até nove meses, para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso prejudicial de álcool, crack e outras drogas. Recebe demandas referenciadas pelos CAPS do território.

- Atenção Hospitalar:

❖ Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): destinado ao atendimento móvel de urgência e emergências nos territórios, incluindo as de saúde mental.

❖ Unidade de Pronto Atendimento (UPA): destinado ao pronto atendimento das demandas de urgência e emergência em saúde, incluindo aquelas consideradas de saúde mental.

❖ Serviço Hospitalar ou Enfermaria Especializada em Hospital Geral: são leitos para oferecer internação hospitalar de saúde mental em Hospital Geral. O acesso aos leitos nestes pontos de atenção deve ser regulado a partir de critérios clínicos.

- Estratégia de Desinstitucionalização:

❖ Serviço Residencial Terapêutico: são moradias na comunidade que visam garantir aos egressos de internação de longa permanência em hospitais psiquiátricos ou Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando inclusão social.

❖ Programa de Volta para Casa: programa de inclusão social, instituído pela Lei nº 10.708/2003, que visa contribuir para o fortalecimento dos processos de desinstitucionalização.

- Estratégia de Reabilitação Psicossocial:

❖ Estratégia de Reabilitação Psicossocial: são iniciativas que visam à geração de trabalho e renda, incluindo os empreendimentos solidários, moradias dessa mesma natureza e cooperativas sociais. São ações de caráter intersetorial destinadas à Reabilitação Psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de

pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso prejudicial de drogas.

Com a instituição da Rede de Atenção Psicossocial, como uma das redes prioritárias no reordenamento das ações e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 2011, o Hospital Psiquiátrico deixou de ser considerado um ponto de atenção em saúde mental, sendo que as internações necessárias devem ocorrer em Hospitais Gerias. “Esses serviços dispõem de recursos e tecnologias de suporte adequado aos comprometimentos e/ou comorbidades clínicas, agravantes nos transtornos mentais” (GARCIA, L.; SANTANA, P.; PIMENTEL, P.; KINOSHITA, R.T.; 2013, p. 245-253).

2.4.3. Reabilitação Psicossocial Ao Usuário De Álcool E Outras Drogas

O crescente estudo sobre o uso prejudicial de álcool e outras drogas traz uma evolução da ética no cuidado a esses sujeitos resultante da Reforma Psiquiátrica e está alinhada com o consenso internacional sobre o tema. O UNODC¹² definiu uma diretriz em relação ao problema da droga ao investir no cuidado de saúde e na coesão social, e não em mediadas coercitivas de restrição à liberdade, seja no sistema penal, seja no tratamento de saúde fechado e involuntário (Garcia, L.; Santana, P.; Pimentel, P.; Kinoshita, R.T.; 2013).

Neste sentido, a importância da atuação no território e a relevância dos laços sociais na atenção ao sofrimento mental, expressas na Lei 10.216 e nos princípios na RAPS, não devem ser vistas como contraditórias com o cuidado daqueles que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Essa reestruturação no modelo de assistência tem, como eixo principal a Reabilitação Psicossocial e a reinserção social dos usuários de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, cumprindo com os pressupostos norteados pelos princípios Reforma Psiquiátrica. Esse trabalho do cuidado está justamente em (re) encontrar, se possível com a família e amigos, os espaços de inserção e de trocas sociais que a droga inibiu ou encobriu. E esse não pode ser um

¹² Escritório das Nações Unidas sobre Crimes e as Drogas: desde 1990, atua no Brasil com a colaboração do Governo Brasileiro. O UNODC apoia o Governo Brasileiro no cumprimento das obrigações que assumiu ao ratificar as Convenções da ONU sobre o Controle das Drogas; contra o Crime Organizado Transnacional e seus três protocolos. Disponível em <http://www.onu.org.br/onu-no-brasil/unodc>. Acesso em 15 de junho de 2015.

processo solitário, realizado em reclusão, ainda que algum tipo de proteção deva ser oferecido, ele deve ser um movimento assistido de (re) aproximação com os espaços de troca (trabalho, lazer, cultura, esporte, etc.) que podem criar sentido na vida de qualquer pessoa (Garcia, L.; Santana, P.; Pimentel, P.; Kinoshita, R.T, 2013).

Dessa forma, aumenta-se os ganhos obtidos com o tratamento, saindo do ciclo de abstinência na internação intercalada com o uso descontrolado na alta, característica frequente do sujeito em uso prejudicial de álcool e outras drogas. É possível imaginar que esses movimentos de Reabilitação Psicossocial serão tão mais positivos quanto mais livres.

Nesse sentido, a estratégia da Reabilitação Psicossocial surge como uma resposta às diversidades do usuário, respeitando sua singularidade, a partir da construção de um Projeto Terapêutico Singular que esteja atento à ocorrência das variáveis sociais, no qual a família, profissionais de saúde e a rede social faça parte do tratamento.

2.4.4. Atuação Profissional Com Ênfase Na Reabilitação Psicossocial

O atual modelo de atenção dispensados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas tem em seus pressupostos a Reabilitação Psicossocial dos usuários que elege novos cenários de práticas.

Barchizago (2007) menciona que o processo terapêutico destinado aos sujeitos em uso prejudicial de álcool e outras drogas, tem como objetivo principal minimizar o sofrimento apresentado inicialmente, sensibilizando o sujeito para o processo terapêutico em que ao foco do tratamento é qualidade de vida. Estão inseridos objetivos mais extensos que o da desintoxicação, padrão de consumo da substancia e adesão, atualmente, há uma preocupação quanto à melhoria dos indicadores sociais.

Para a autora, o uso prejudicial de álcool e outras drogas causa uma retração no campo social, um fator que corresponde a estigmatização, afastamento e então isolamento do sujeito. Nesse sentido, para que seja possível a (re) construção de um cenário saudável, é identificada a necessidade de, em paralelo a singularidade do sujeito, tecer uma rede de apoio que vai fortalecê-lo nesse processo.

Barchizago (2007) finaliza referindo que a construção dessa pratica deve se dar por meio de um processo ético, efetivo, de cuidado terapêutico que tem como eixo principal a cidadania. Esse caminho tem

revelado a necessidade de ampliação do aporte técnico-terapêutico, com um olhar multiprofissional, oferecido na Rede de Atenção aos transtornos relacionados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, cujas ações extrapolam o campo da saúde indivíduo, permeando suas relações afetivas, familiares, ocupacionais e com a sociedade civil.

Nessa perspectiva, o processo de Reabilitação Psicossocial implica na mudança da política dos serviços de saúde mental, ou seja, dos programas por meio dos quais tais políticas se aplicam e se realizam, e estas que devem ser modificadas. A mudança na cultura hospitalocêntrica na saúde mental não se faz apenas com a implantação de novos serviços, mas com a transformação das práticas. É necessária uma articulação dos serviços que permita construir um novo profissionalismo dos técnicos, que esteja à disposição dos usuários, colocando em prática iniciativas que promovam a autonomia do sujeito.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizada em um Centro de Atenção Psicossocial aos usuários de álcool, outras drogas (CAPS ad), de um município de um estado do sul do Brasil. Conforme Gil (1991), este tipo de pesquisa é escolhido quando o tema pesquisado é pouco explorado, envolvendo as experiências das pessoas relacionadas ao problema pesquisado possibilitando o levantamento de hipóteses.

A abordagem qualitativa é entendida como uma tentativa de obter profunda compreensão das concepções e definições de uma determinada situação, tal como as pessoas nos apresentam, e possibilita uma aproximação do universo de significações, motivos, aspirações, atitudes e crenças dos profissionais aqui estudados. Essa abordagem parte do pressuposto de que o mundo está permeado de significados e símbolos em que a intersubjetividade é um ponto de partida para captar reflexivamente os significados sociais (Minayo, 1994).

Ainda para Minayo (1994), o fenômeno ou processo social tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos. Compreende uma relação íntima de oposição e complementariedade entre o mundo natural e social, entre o pensamento e a base material. Advoga também a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ ou “objetivos sociais” apresentam.

Dessa forma, essa pesquisa buscará analisar a percepção dos profissionais de saúde acerca da Reabilitação Psicossocial. Foi um trabalho que envolveu as experiências dos sujeitos da pesquisa do seu cotidiano no CAPS ad, servindo para analisar a percepção, as facilidades e dificuldade das intervenções que objetivam a Reabilitação Psicossocial.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE PESQUISA

Esta pesquisa foi realizada com os profissionais de saúde que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS ad), localizado no município de Florianópolis em Santa Catarina.

De acordo com a Rede de Saúde do Município de Florianópolis¹³, o acesso da população aos cuidados em saúde ocorre através da Atenção Primária à saúde (APS), por meio dos Centros de Saúde e Equipes de Saúde da Família (ESF), que compõem os cinco Distritos Sanitários (Norte, Sul, Leste, Centro e Continente). Para as questões referentes à Saúde Mental, essas equipes contam com o suporte técnico dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto por psiquiatras e psicólogos que realizam apoio técnico às ESF em Saúde Mental. Quando as opções de cuidado e tratamento extrapolam a dimensão da Atenção Primária (ESF/NASF), o cuidado passa a ser realizado pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do município, num total de quatro distribuídos na Ilha e Continente, que são:

- Centro de Atenção Psicossocial- CAPS Ponta do Coral – para atendimento de adultos em sofrimento psíquico;
- Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes – CAPSI – atendimentos de crianças e adolescentes de até 18 anos;
- Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas Ilha – CAPS ad Ilha – para atendimento de adultos com problemas decorrentes do uso de drogas
- Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas Continente – CAPS ad Continente – para atendimento de adultos com problemas decorrentes do uso de drogas

O acesso aos CAPS ocorre por acolhimento diário da demanda espontânea. Dos encaminhamentos advindos de outros serviços de Saúde da Rede; egressos do Instituto de Psiquiatria (IPQ); da Promotoria; do Ministério Público; da busca ativa e visita domiciliar; entre outros. As atividades desenvolvidas nos CAPS do município envolvem:

- Atendimento Individual com equipe multiprofissional;
- Atendimento em Grupo Terapêutico
- Atendimento Familiar
- Oficinas Terapêuticas
- Desintoxicação (CAPS ad Ilha e Continente)
- Articulação com a Rede de Saúde

¹³ Fonte:

<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+mental&menu=5>.

- Reabilitação e reinserção Social

O CAPS ad Ilha foi inaugurado em março de 2010, como uma unidade para prestar serviços substitutivos na Rede de Atenção Psicossocial na Região da Ilha de Florianópolis. Localiza-se no Bairro Pantanal, pertencendo ao Distrito Sanitário Leste. A justificativa para a abertura desse centro partiu da necessidade da população e da rede de saúde, devido crescente aumento do número de pessoas em Florianópolis acometidas pelo fenômeno do uso/abuso de drogas e também, devido a expansiva busca de assistência e tratamento às essas pessoas e seus familiares.

Dessa maneira, o CAPS ad Ilha, tem como objetivo ser um serviço referência para o tratamento da dependência química, sendo um dispositivo de saúde porta aberta, com acolhimento diário de demanda espontânea. Tem como área de abrangência os quatro distritos sanitários (leste, centro, sul e norte _ver Tabela 3).

Desde sua implantação, tem atendido número crescente de usuários e familiares, trabalhando em rede com os demais serviços da saúde e outros órgãos. Conta com uma equipe multiprofissional, desenvolvendo diariamente diversas atividades no serviço, por meio de atendimentos individuais e coletivos.

De acordo com a tabela 3 a divisão do atendimento da equipe por Regionais se dá da seguinte forma:

Tabela 3- Divisão do Atendimento da Equipe por Regionais do CAPS ad Ilha, Florianópolis, no período de Junho de 2015.

Regionais	
Centros De Saúde	Centros De Saúde
Distrito Oeste	Distrito Leste
Agronomica	Barra Da Lagoa
Centro	Canto Da Lagoa
Monte Serrat	Corrego Grande
Policlinica Centro	Costa Da Lagoa
Praia	Itacorubi
Trindade	João Paulo
Serrinha	Lagoa Da Conceição
Carvoeira	Pantanal
Saco Dos Limões	Saco Grande
Distrito Sul	Distrito Norte
Alto Ribeirão	Cachoeira Do Bom Jesus
Armação	Canasvieiras
Caieira Da Barra Do Sul	Inglese
Campeche	Ponta Das Canas
Carianos	Ratones
Costeira Do Pirajubaé	Rio Vermelho
Fazenda Rio Tavares	Santinho
Morro Das Pedras	Santo Antonio De Lisboa
Pantano Do Sul	Vargem Grande
Ribeirão Da Ilha	Vargem Pequena
Rio Tavares	Jurerê
Tapera	

Fonte: CAPS ad Ilha, 2015.

3.2. SUJEITOS DA PESQUISA

Nessa instituição, os profissionais de saúde de nível superior estão distribuídos da seguinte forma: três psicólogas, dois enfermeiros, um assistente social, dois psiquiatras, um clínico geral, uma farmacêutica e um educador artístico (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição do Número de Profissionais e Carga Horaria do CAPS ad Ilha, Florianópolis, no período de Junho de 2015.

Profissional	Quantidade	Carga horaria
Psicólogos	3	30 horas
Enfermeiros	2	40 horas
Assistente Social	1	30 horas
Psiquiatras	2	20/ 40 horas
Clinico geral	1	20 horas
Farmacêutico	1	30 horas
Educador artístico	1	30 horas

Fonte: autora (2015)

No momento da pesquisa, foram convidados a responder e participar da entrevista todos os onze profissionais de nível superior da unidade em análise, dos quais quatro recusaram a participar da pesquisa por não terem experiência no serviço e apenas um profissional encontrava-se de atestado médico, impossibilitando o contato para a realização da mesma. Como se pode observar na Tabela 5, participaram profissionais de diversas especializações e em sua maioria com significativo tempo de atuação profissional, porém apenas um com pouco tempo de atuação na área da saúde mental.

Tabela 5 – Perfil da Equipe Pesquisada no CAPS ad Ilha, Florianópolis, no período de Junho de 2015.

Função	Sexo	Idade	Tempo de atuação profissional	Tempo de atuação CAPS	Grau escolaridade
Enfermeira	F	30	9 anos	02 meses	Especialização
Enfermeira	F	42	10 anos	02 anos	Especialização
Psicóloga	F	45	20 anos	04 anos	Especialização
Psicóloga	F	34	10 anos	03 anos	Especialização
Psicóloga	F	37	14 anos	01 ano	Especialização
Clínico Geral	M	57	34 anoS	03 anos	Especialização

Fonte: elaboração da autora (2015).

3.3. COLETA DE DADOS

A inserção neste campo de estudo ocorreu em etapas gradativas, começando por um contato inicial com a coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, onde foram explicados os objetivos do estudo.

Esse processo ocorreu ao longo de seis meses e, após isso, foram realizadas duas visitas à unidade, sendo a primeira uma conversa com a Coordenadora do CAPS ad e entrega do material, explicando aos demais profissionais os objetivos do estudo e negociada a data de início da coleta de dados. Posteriormente as entrevistas foram iniciadas. Essas etapas permitiram uma aclimação do pesquisador e facilitaram a entrada no campo de estudo, principalmente aproximá-lo ao público participante, bem como o estudo da gestão, uma vez que todos ficaram cientes de seus objetivos e método de ação antes da entrada em campo.

O instrumento de coleta dos dados encontra-se anexado a esta dissertação (apêndice B) e foi composto por oito perguntas norteadoras referentes à identificação e formação dos entrevistados; concepções a respeito da Reabilitação Psicossocial e sua articulação com a prática profissional; rotinas e ações de trabalho; as relações institucionais e o desenvolvimento do trabalho em Rede.

3.4. ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta dos dados, realizou-se a organização, tratamento e análise, visando articular teoricamente as informações obtidas em conformidade com os objetivos e o problema de pesquisa. A análise dos dados ocorreu a partir da transcrição das entrevistas e compilação dos dados registrados no diário de campo obtidos por intermédio da observação.

Para análise, foram seguidos os passos sugeridos pelo método de análise de conteúdo proposto por Bardin (1977), realizando-se uma leitura fluante para iniciar a constituição de categorias. Para Bardin (1977) categorias consistem no desmembramento do texto em categorias agrupadas analogicamente. A partir da leitura e interpretação do conteúdo das entrevistas transcritas, juntamente com as observações realizadas durante as mesmas, realizou-se a análise dos conteúdos dos depoimentos dos sujeitos de acordo com o referencial teórico pertinente e através de categorias. Dessa forma, o processo de formação dessas categorias se concretizou da forma prevista por Bardin (1977), após a seleção do

material e a leitura flutuante. A exploração foi realizada através da codificação, que se deu em função da repetição das palavras, que uma vez triangulada com os resultados observados, foram constituindo-se em unidades de registro.

Na fase de exploração do material desvelaram-se três temas, que serão as três categorias a serem analisadas neste trabalho:

- Implicação do Usuário no Processo de Reabilitação
- Trabalho em Rede e a Reabilitação Psicossocial
- Equipe Interdisciplinar no Caminho da Reabilitação Psicossocial

3.5. ASPECTOS ÉTICOS RELACIONADOS À PESQUISA

O estudo foi submetido à Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde da Prefeitura de Florianópolis, onde recebeu um parecer favorável (Anexo A), como também foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), juntamente com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob um parecer número 1097217, em 8 de junho de 2015.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A) foi apresentado aos participantes da pesquisa, juntamente com os objetivos do estudo. Todos os participantes assinaram o TCLE, em duas vias, sendo uma via do pesquisador e outra do participante da pesquisa. Todos os itens foram respeitados, como o direito de participar ou não da pesquisa, bem como de desistir dela a qualquer momento. A referida pesquisa, no que tange a ocorrência de riscos, apresentou baixo nível de eventualidades desconfortáveis que se referem aos aspectos emocionais, respeitando a disponibilidade e produtividade do sujeito durante a entrevista.

4. O CAPS AD: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE ACERCA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Com vistas a responder ao problema e aos objetivos que a pesquisa se propõe, os dados coletados foram analisados previamente por meio da análise categorial que, conforme Bardin (2010), consiste no desmembramento do texto em categorias agrupadas analogicamente. A opção pela análise categorial se respalda no fato de que é melhor alternativa para elucidar a percepção dos atores envolvidos, a partir do seu entendimento sobre a Reabilitação Psicossocial através dos seus valores, opiniões, atitudes e crenças, demonstrados no presente trabalho por meio de dados qualitativos. Dessa forma, sigo tais premissas através de uma interpretação dos dados coletados, delineada pelo método de análise de conteúdo e respaldada pelas observações *in loco*.

Como a análise de conteúdo constitui uma técnica que trabalha os dados coletados, objetiva-se aqui identificar, através de um procedimento específico, o que está sendo dito, e percebido a respeito de determinado tema. Dessa forma, dentro do que dispõe o método de investigação de análise de conteúdo, entendi ser o procedimento de análise de categorias, a forma mais apropriada de entender o que proponho neste trabalho.

A partir da junção de alguns critérios, os quais explicitarei nos procedimentos metodológicos, como a técnica da entrevista semiestruturada, da leitura exaustiva e tendo o referencial teórico como aliado para interpretações, emergiram três categorias, dispostas no quadro abaixo, e as quais analisarei no decorrer do presente trabalho, com o fito de desenvolver o enunciado nos objetivos geral e específicos desta pesquisa.

Quadro 3- Classificação da Entrevista em Categorias de Análise.

Categorias	
1.Implicação do usuário no processo de Reabilitação	<ul style="list-style-type: none"> • Corresponsabilidade E Autonomia; • Projeto Terapêutico Singular/Vínculo. • Equipe Com Autonomia Em Propor Uma Linha De Trabalho;
2.Trabalho em Rede e a Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalho Em Rede E Multidisciplinar/ Interinstitucional: Trabalho Deve Ser Em Rede E Ultrapassar A Área Da Saúde. • Dificuldades Na Reabilitação: Porque? • Referência E Contra Referência Prejudicada – Há Uma Distância Da Realidade Do Usuário; • Aproximação Da Relação Com Outros Profissionais Da Rede: Diminuindo O Estigma Para Com Os Usuários;
3.Equipe Interdisciplinar no caminho da Reabilitação Psicossocial	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisciplinaridade • Necessidade De Uma Habilitação, Aptidão E Preparo (Experiência) Do Profissional Com A Saúde Mental, Com A Assistência; • Recepção Acolhedora Da Equipe Para Com Os Profissionais Sem Experiência.

Fonte: Autora, 2016.

4.1. IMPLICAÇÃO DO USUÁRIO NO PROCESSO DE REABILITAÇÃO.

Esta categoria, que identifiquei e defini a partir das falas dos sujeitos adquiridas por meio das entrevistas realizadas, tem como principal objetivo apresentar e discutir como é percebida a importância da autonomia e corresponsabilidade entre o usuário e o profissional da saúde no processo da Reabilitação.

O Processo de Reabilitação é um conjunto de ações que se destina a aumentar as habilidades de vida do indivíduo, diminuindo, conseqüentemente, seus despreparos, dificuldades psicossociais e danos (Lussi; Pereira; Pereira Junior, 2006). Com base nessas premissas, a Reabilitação permite ser ampliada de acordo com as possibilidades do estabelecimento de novas ordenações, capacidades, aptidões para a vida. Tal processo possibilita maiores oportunidades a indivíduos que trazem algum tipo de dificuldade psicossocial para alcançarem um nível de funcionamento autônomo na comunidade.

“A necessidade de reabilitação coincide com a necessidade de se encontrarem estratégias de ação que estejam em relação mais real com as variáveis que parecem mais implicadas na evolução do sofrimento e vulnerabilidade psicossocial”. (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA JUNIOR, 2006, P. 448-56). Dessa forma, a reabilitação psicossocial se apresenta como uma atividade fundamental no campo da atenção aos usuários de drogas, visando a reinserção social dos usuários, trabalhando o cenário da vida real dos sujeitos, com o objetivo de se preparar para suas vivências de forma mais consciente, mais saudável, mais digna, propiciando inclusive a construção e/ou reconstrução de autonomia e de independência dos mesmos.

Tradicionalmente, a terapêutica utilizada com o paciente psiquiátrico não o considerava como sujeito ativo do seu tratamento, não envolvia sua família e não valorizava sua história, cultura, vida cotidiana e sua qualidade de vida. O principal foco de atenção era a doença, conseqüentemente a medicação, o isolamento do paciente, como forma de redução de danos. Contrariamente, o modelo atual de atenção psicossocial tem como características a valorização do saber e das opiniões dos usuários/famílias na construção do Projeto Terapêutico Singular; partir daí, conjuntamente, criam-se estratégias de como propiciar o tratamento terapêutico mais adequado (Pinto, Jorge, Pinto, Vasconcelos, Cavalcante, Flores, et al, 2011). Dessa forma, a terapêutica não se restringe somente a fármacos, utilizando-se de outras formas de tratamento ao paciente psiquiátrico; há mais recursos terapêuticos do que esse, como, por exemplo, valorizar a força terapêutica da escuta, a força da educação em saúde e do apoio psicossocial.

Como fora evidenciado anteriormente, nas últimas décadas, passamos de uma assistência com tendência à exclusão do paciente para uma política de maior inserção, por parte do Ministério da Saúde, ancorada nos princípios antimanicomiais. As portarias promulgadas no ano de 2002 solidificam o trabalho em rede aberta, conectado com os diferentes setores da vida pública. Um dos dispositivos criados por essas

portarias é o CAPS ad _Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas _, que visa a retomada da vida cotidiana de seus usuários num modelo inclusivo e com olhares multiprofissionais.

O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) é ancorado nas noções relativas a um espaço de criatividade, de construção de vida que, ao invés de somente medicalizar e disciplinar, também acolhe, cuida e estabelece conexão com a sociedade. As atividades mais importantes são aquelas realizadas individualmente ou em grupo, e nelas se destacam a escuta, o acolhimento, o estímulo para a vida, para autonomia e para a cidadania. (Rocha, 2005).

Essas atividades se incumbem a todos os profissionais e precisam ser desenvolvidas de forma interdisciplinar e criativa, através do planejamento dos processos terapêuticos, o qual procura não se limitar ao momento da crise, mas na continuidade da vida do usuário. Esse projeto terapêutico, desenvolvido pela equipe de assistência com a participação do usuário, tem como objetivo ajudar o indivíduo a restabelecer relações afetivas e sociais, e reconquistar direitos e poder.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é elaborado com base nas necessidades de saúde de cada usuário, não excluindo suas opiniões, seus sonhos, seus projetos de vida. Esse programa é algo singular, uma interação horizontal entre profissional da saúde/usuário/família. Sendo assim, a contratualidade do usuário estará determinada primeiramente pela relação estabelecida com os próprios profissionais que o atendem, ou seja, pelo vínculo que se forma nessa relação. Depois, pela capacidade de elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições reais de vida, de modo que a subjetividade do sujeito possa aflorar-se, assim como para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se (Pinto, Jorge, Pinto, Vasconcelos, Cavalcante, Flores, et. al., 2011).

A separação entre o sujeito e contexto social, é superada pelo conceito de Reabilitação Psicossocial, que envolve profissionais e todas as pessoas que fazem parte do processo de saúde-doença, ou seja, todos os usuários e comunidade. Nesse sentido, o processo de Reabilitação consiste em “reconstrução, um exercício pleno da cidadania”. (SARACENO, 2001, P. 155-8).

Segundo Roberto Tykanori (1996), reabilitar pode ser entendida como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia - entende-se por autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrenta. Reabilitar também implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, para sua família,

para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente, sendo essa dinâmica de negociação de forma contínua.

As falas a seguir ilustram essa questão:

[...] E aí eu vejo esse processo como uma construção em conjunto, do que é possível a partir daquele momento, o que se perdeu e não tem mais, não é o caso de refazer, de retomar aquilo, tanto fisicamente como psicologicamente, socialmente. O que é possível fazer naquele momento, naquelas condições que ele está e também o que ele quer, o que às vezes fica muito a ideia da cura, voltar a ser o que era, a fazer, o que fazia, isso eu acho que é muito presente [...] (E1).

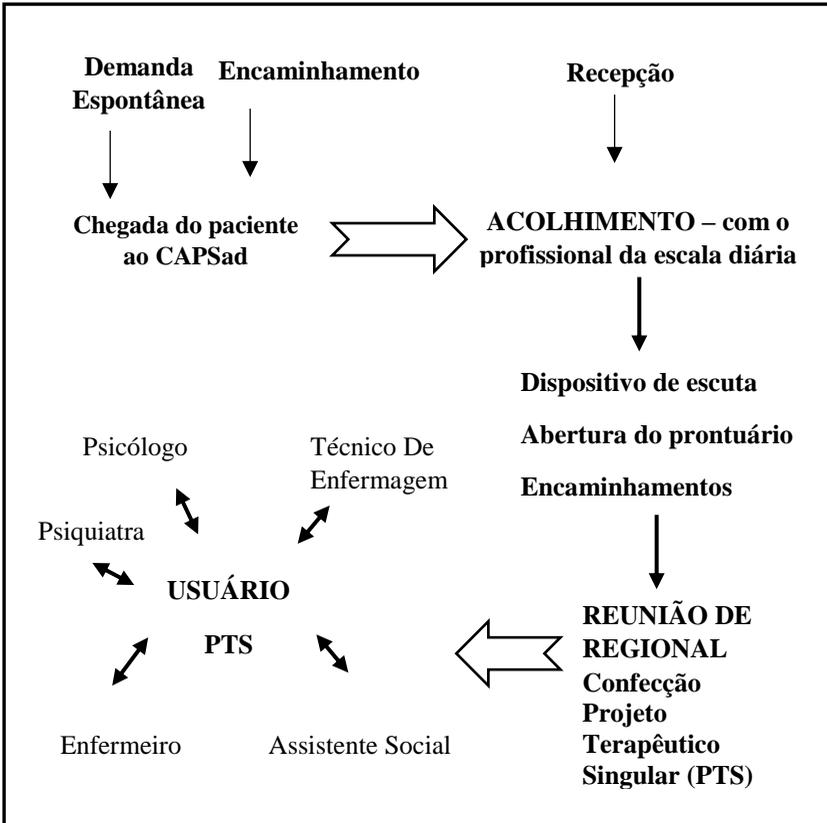
[...] Então, cada um vai achando o que faz sentido pra si, e aí eu entendo que isso seja a reabilitação psicossocial, não necessariamente o trabalho, que eu acho que tem essa vinculação de que se reabilitar é voltar às atividades laborais, por exemplo [...] (E2).

Conforme o exposto, a rotina do CAPS ad Ilha colabora, de certa forma, para que o usuário tenha autonomia e faça parte da organização do seu Projeto Terapêutico Singular, desenvolvido junto com a equipe, em diferentes atividades individuais e de grupo ao longo do dia. Ao chegar, o paciente é atendido pelo profissional escalado para a realização do acolhimento. Silva e Mascarenhas (2004) denominam acolhimento como “a postura que pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e cuidar de forma humanizada dos usuários e de suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e sujeitos que buscam os serviços de saúde”. O acolhimento então é realizado por todos os profissionais de nível superior, organizados por escala.

No segundo momento, o paciente se reúne com um grupo de profissionais que faz parte de uma regional. Esse grupo é composto por três a quatro técnicos (psiquiatra, psicóloga, assistente social, enfermeiro e um técnico de enfermagem). Durante a reunião, o paciente participa da elaboração do Projeto Terapêutico Singular, oferecendo meios para que o indivíduo se perceba como parte integrante do processo terapêutico, que servirá para construção de uma identidade própria, aumentando a possibilidade de percepção de si mesmo e do outro, durante o tratamento.

A rotina descrita será melhor representada por meio do fluxograma da elaboração do projeto terapêutico dos usuários do CAPS ad Ilha. O Fluxograma é descrito na figura 1 apresentada a seguir. Nele, visualizamos o protocolo de atendimento para a construção do projeto terapêutico do usuário, que tem acesso pela primeira vez ao serviço.

Figura 1 - Fluxograma Analisador do Primeiro Atendimento do Usuário no CAPS ad Ilha.



Fonte: Autora, 2016.

A forma com que foi confeccionado este fluxograma, baseou-se na interpretação dos dados obtidos a partir das entrevistas e como evidenciado a seguir:

[...] Geralmente, eles vêm por acolhimento e eles chegam aqui no CAPS solicitando tratamento para dependência de álcool e outras drogas. Daí, o profissional do acolhimento atende essa pessoa, ver qual que é a demanda dela, colhe um pouco da história e daí, a gente faz um projeto terapêutico [...] (E3).

[...] aqui é um ambiente porta aberta, os pacientes podem ser encaminhados via posto de saúde, via a parte terciária, as vezes uma internação, então o paciente pode estar vindo para cá através da internação ou então, ela pode vir por meio próprios, né, indicação de algum familiar, de algum colega ou pela própria pessoa. A pessoa chega ao ambiente, faz um acolhimento. No acolhimento, se investigam um pouco, assim mais por cima da vida da pessoa e a partir disso, a gente ver a necessidade e mostra como que é o projeto aqui no CAPS, como se dá o serviço, fala da rotina, que não é apenas consultas individuais, mas que tem atividades em grupo, seria interessante estar participando, e dependendo da disponibilidade e vamos dizer assim, em que fase do uso que a pessoa está, a gente pode estar sugerindo um projeto mais intensivo ou menos intensivo [...] (E4).

[...] Essa reunião de regional é com a equipe de referência e com os usuários para acompanhar o projeto terapêutico deles aqui, daí o projeto terapêutico pode ser eles quererem mudar as atividades que eles vêm pra cá, aumentar, ou a gente sugerir isso, consultas médicas, precisar do passe livre para vir pra cá. Então, isso faz parte do projeto terapêutico, nessas reuniões de regionais é isso [...] (E2).

[...] Então, a gente também tem reunião semanal dessa equipe, só que daí são com os usuários presentes para pensar projeto terapêutico, então quando essa reunião termina, as vezes tem situações que a gente precisa conversar junto; a gente discute com a equipe; chama algum usuário, as vezes uma situação que não pode ser resolvida

coletivamente, no grupo, que requer uma atenção maior. [...] (E2).

Destaca-se, a partir do exposto, que o procedimento de fortalecimento do vínculo entre o usuário e a equipe que o acolhe está ligado à própria produção da saúde construída coletivamente. Sem essa garantia do vínculo entre profissional e usuário, pode incorrer no risco de abandono e nos processos de subjetivação entre aquele que presta o cuidado em saúde e aquele que o recebe, que se encontra em situações de fragilidade diante de si e diante a rede social, necessitando, portanto, de uma referência que facilite sua reintegração no contexto comunitário.

O vínculo pauta-se na construção de laços afetivos entre trabalhadores e usuários, na qualidade do atendimento, ou seja, no receber bem aquele usuário, na confiança e na facilidade de comunicação entre esses atores. Além disso, a busca de resolutividade para seus problemas (usuários) com o seu trabalhador de referência é uma forma de percepção do vínculo estabelecido entre eles. (JORGE, MSB; PINTO DM; QUINDERÉ, PHD; PINTO AGA; CAVALCANTE CM; SOUSA, FSP; 2011, p. 3051-3060).

Nas falas a seguir, o profissional percebe como é importante esse estreitamento do vínculo para que não haja o abandono do tratamento ou mesmo a descrença no serviço, perda da noção da real necessidade do tratamento, ou o paciente podendo não se sentir parte do processo da reabilitação:

[...] A maioria dos pacientes vai e volta, tanto é que nas reuniões a gente discute qual realmente é o critério de alta, de abandono, porque quase todos, meio que têm um padrão, porque se some, digamos durante dois, três meses, alguma hora eles acabam voltando. Então, por um lado, acho que tem a questão do vínculo que a gente consegue fazer de uma determinada forma [...] (E3).

[...] A primeira coisa, tem que se estabelecer um vínculo com o paciente, ele tem que confiar em você, confiar no serviço para poder estar vindo e aí,

promover uma frequência maior do paciente [...] Então, muitas vezes o paciente vê o CAPS como um ambiente para passar o dia, para não estar na rua, para não estar fazendo uso, mas muitos chegam em casa e fazem uso de qualquer forma [...] (E4).

Alguns profissionais compreendem que o fortalecimento do poder contratual com o usuário seja uma das maiores e mais difíceis tarefas dos reabilitadores. Muitas vezes pode recair a dúvida sobre qual o melhor momento do profissional agir, como ele faz para adquirir a confiança do paciente, e a melhor forma de abordar sobre determinados assuntos que ainda são um entrave psicológico para aquele que está recebendo o tratamento. As falas a seguir mostram esse conflito:

[...] por que acho que a gente fica oferecendo coisas que não é aquilo, ou que a pessoa não quer aquilo, ou ela quer, mas que não é possível ainda. Então acho que essa é um pouco a dificuldade, esse tempo de trabalho para saber qual é o momento e o que pode ser possível para aquela pessoa [...] (E2).

[...] o que é que adiantou meu trabalho, o que adiantou minha escuta, o que adiantou minha conversa, o que adiantou minha terapia com paciente, o que adiantou aquele grupo, porque ele falou isso e agiu assim, mas por que isso é dele, esse é um processo que ele vive, não é meu. E isso causa frustração no profissional [...] (E5).

[...] Então, esses vínculos que a gente tem esse respeito com as pessoas, então isso faz com que as pessoas vão se sentindo acolhidas, claro que a gente não pode garantir, porque ninguém julga ninguém, mas tem uma possibilidade para as pessoas falarem das suas dificuldades aqui no CAPS e eu acho que isso vai reabilitando elas de uma certa forma dela se sentirem dignas daquele sentimento, para ela poder achar que a droga em alguns momentos pra ela é a melhor coisa que tem e ela pode dizer isso para alguém, que ela não precisa ficar guardando aquilo pra ela até o momento que ela estoura e vai lá e faz um uso compulsivo e entra, sei lá, em overdose, por que a

relação com a droga está muito forte, então, ela pode dizer que “gosto de usar drogas” e a gente consegue ouvir isso[...].(E2).

É possível observar que os discursos caracterizam determinados construtos relacionais entre os sujeitos na própria relação de cuidado. A necessidade originária de dois fatores, a vida de cada sujeito e das demandas apresentadas, atravessa a dinâmica social, política e gerencial do serviço e refaz-se na utilização de instrumentos subjetivos. A partir do que o outro fala, do que o outro vive é possível criar estratégias, conjuntas, sobre ações relacionadas ao tratamento.

Porém, um conflito pôde ser verificado, através das falas supracitadas, em torno do vínculo, ou seja, a não compreensão do profissional de saúde acerca dos anseios pessoais dos usuários com relação ao uso de drogas, e a importância do tratamento para a reabilitação. É possível observar que o discurso caracteriza a separação do sujeito e a necessidade do uso de drogas, o que distancia o profissional do usuário, desencadeando possíveis abandono do tratamento e/ou frustração do profissional, enfraquecendo o vínculo.

Portanto, o vínculo se expressa pela circulação e por afetos entre as pessoas. No trabalho em saúde, a vinculação é uma ferramenta eficaz na horizontalização e democratização das práticas em saúde mental, pois favorece a negociação entre os sujeitos envolvidos nesse processo, isto é, usuários e profissional ou equipe. ((JORGE, MSB.; PINTO DM.; QUINDERÉ, PHD.; PINTO AGA; CAVALCANTE CM; SOUSA, F.S.P; 2011, 3051-3060).

O acolhimento se faz como um dispositivo capaz de reestruturar o cuidado integral, ultrapassando os conceitos de doença, ressaltando a subjetividade e a singularidade de cada indivíduo que é atendido no CAPS ad. Esse dispositivo é compreendido no diálogo entre trabalhador de saúde e usuário/ família, na escuta, no atendimento e na resolubilidade da problemática de saúde desses sujeitos, fortalecendo toda a terapêutica.

O vínculo, então, favorece o cuidado integral por horizontalizar as práticas em saúde, na medida em que constrói laços afetivos, confiança, respeito e a valorização dos saberes dos usuários/família/trabalhadores de saúde. Desse modo, “propicia o desenvolvimento da corresponsabilização desses sujeitos para a melhoria da qualidade de vida” (JORGE, MSB.;

PINTO DM; QUINDERÉ, PHD; PINTO AGA; CAVALCANTE CM; SOUSA, FS; 2011, p.493-302)

Dessa forma, a autonomia como dispositivo para a Reabilitação Psicossocial é o resgate da cidadania dessas pessoas, buscando fortalecer o poder contratual e o autocuidado, tendo como base o projeto de vida de cada usuário do CAPS ad. Assim, é preciso trabalhar as incapacidades, as necessidades, os medos, as angústias e os sonhos desses indivíduos para que possam, um dia, voltar a gerenciar suas vidas. Dessa forma, os dispositivos do cuidado integral se tornam imprescindíveis no cotidiano do serviço, principalmente na forma de acolher e no vínculo construído nas relações terapêuticas. Portanto, a autonomia e a corresponsabilização ainda requisitam dos sujeitos envolvidos uma maior capacidade de articulação com as próprias demandas que se conformam no contexto subjetivo de cada trabalhador e usuário.

4.2. TRABALHO EM REDE E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.

Esta segunda categoria discorre sobre as principais dificuldades e êxitos do Trabalho em Rede como facilitador para a Reabilitação Psicossocial.

Segundo o autor MENDES (2010, P. 2297-2305):

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde _prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada _, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

A política Nacional de Saúde Mental, através da Lei nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011¹⁴, busca consolidar um modelo de atenção

¹⁴ Fonte:

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html, acessado em 12/01/2016

aberto e de base comunitária. A proposta é garantir a livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso de crack e outras drogas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo a Lei 3 088, são objetivos da Rede de Atenção Psicossocial:

- I. Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
 - II. Promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção;
 - III. Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.
 - IV. Promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
 - V. Prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
 - VI. Reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
 - VII. Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
 - VIII. Promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
 - IX. Desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
 - X. Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
 - XI. Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial;
- e

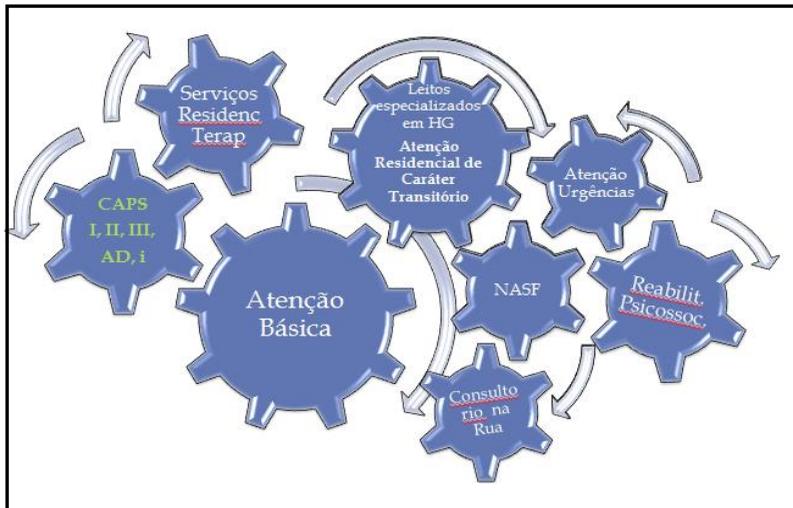
- II. Monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Desta forma, as ações em saúde mental devem acontecer em Rede na lógica da integralidade em todos os níveis de atenção à saúde, articulando-se com outras políticas sociais, valorizando os setores da cultura, educação, trabalho, assistência social etc. Esta política se alinha com a Reforma Psiquiátrica no que se refere ao reconhecimento da necessidade de rever modelos assistências e o direito à saúde.

A ausência de cuidados que atinge, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem de exclusão desigual pelos serviços de saúde, aponta para a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades de uma população, o que implica em disposição para atender igualmente ao direito de cada cidadão. Tal lógica também deve ser contemplada pelo planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que consomem álcool e outras drogas. (Brasil, 2003, p.5).¹⁵

A Atenção Integral na RAPS _Rede de Atenção Psicossocial _ implica em ações que se desenvolvem de forma integrada e interdependente já discutidas no item 2.4.2, representada de acordo com a figura abaixo:

¹⁵ A Informação descrita é parte da regulamentação da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas.

Figura 2 - Ações da Rede de Atenção Psicossocial¹⁶Fonte ¹⁷

A estruturação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é fundamental no processo de inclusão do usuário e consequente alcance do objetivo norteador da Reforma Psiquiátrica: o resgate da cidadania do indivíduo. Assim, percebe-se a importância da organização e da articulação da RAPS, promovendo a vida comunitária e autonomia dos usuários dos serviços, incluindo os indivíduos a partir do seu território e subjetividade. A atenção básica tem papel destaque no cuidado, observando a importância dos profissionais de saúde, que atuam na atenção primária, ao participarem do processo de Reabilitação em Saúde Mental.

¹⁶ Cada ação da figura acima está explicada no 2.4.2, Redes de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou Transtorno Mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

¹⁷ Esta figura tem a participação das aulas da disciplina de Psicopatologia crítica e Atenção psicossocial II, ministradas pela discente Daniela Ribeiro Schneider, professora do curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de março a junho de 2015.

A realidade do CAPS ad Ilha prioriza o trabalho em Rede, ou seja, concebe a atenção integral em saúde mental, segundo a fala do profissional de saúde a seguir:

[...] Existe, principalmente do Centro de Saúde, mas tem a UPA¹⁸, HU¹⁹, IPQ (Instituto de Psiquiatria), SAMU²⁰, dependendo de cada um vai ser um, né. Tem pessoas que tem outros atendimentos particulares, é menos, mas acontece da rede complementar [...]. (E2).

[...] Sim, a gente procura trabalhar em rede, então, até isso é, desde que o paciente começa o tratamento aqui, a gente vê se ele tem prontuário no posto de saúde, se não tem, então, a gente já encaminha para ele fazer o prontuário, daí com o passar do tempo, mesmo que ele não tenha muito interesse, geralmente, aparece as questões clínicas, então, a gente orienta que “não, tu vai ter que consultar com médico de família da tua unidade” etc., e daí, a partir dali se começa um vínculo [...]. (E3).

[...] Existe internação, Centro de Saúde, SAMU [...]. (E6).

Ao adotar o território como estratégia, a adoção do trabalho em rede fortalece a ideia de que os serviços de saúde devem integrar a rede social das comunidades em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem, devendo a atitude terapêutica se basear no contrato, no cuidado e no acolhimento. (Brêda MZ, Rosa WAG, Pereira MAO, Scatena MCM, 2005). Além disso, o trabalho em comunhão com outros centros de saúde permite uma maior cobertura na integridade física do indivíduo e, mais além, permite um maior conhecimento sobre seu histórico, como uma anamnese social, um dos requisitos de importância no desenvolvimento da Reabilitação Psicossocial do paciente.

Abaixo, alguns exemplos de como a conexão dos Centros de saúde com o CAPS ad é fundamental da Reabilitação Psicossocial do sujeito:

¹⁸ Unidade de Pronto Atendimento.

¹⁹ Hospital Universitário.

²⁰ Serviço Móvel de Urgência.

[...] Hoje tu olhas o prontuário dele, agora ele tem um vínculo com o Centro de saúde, o pessoal lá do centro de saúde já sabe disso, a médica da saúde da família está acompanhando os hormônios que ele está tomando. Então, pra mim isso também é reabilitação, nesse sentido [...]. (E2).

[...] E ai, a gente foi trabalhando com ela, à medida que ela foi se organizando, ela começou a participar de grupos lá no centro de saúde, por que ela começou a engordar bastante, nesse período que ficou muito sedentária e a medicação também às vezes dá um inchaço e ai ela começou a participar dos grupos lá no centro de saúde, começou a participar cada vez menos do CAPS, fazer outras coisas na rua, ela tinha umas amigas e daí elas começaram a fazer, além das caminhadas do Centro De Saúde, outras atividades com as amigas, ela voltou pra uma atividade que ela tinha de artesanato e ela voltou a trabalhar [...]. (E2).

Como evidencia esse contexto, CAPS ad e Centros de Saúde devem estar conectados numa Rede interinstitucional integrado ao SUS. Tal situação pode evitar a fragmentação dos atendimentos. Com base nas discussões clínicas conjuntas com as equipes ou mesmo intervenções conjuntas concretas _consultas, visitas domiciliares, entre outras_, os profissionais podem contribuir para o aumento da capacidade em saúde que integram as redes sociais de apoio ao sujeito, evidenciando a noção de mobilidade no território e concebendo um aumento do “poder contratual” do sujeito, em decorrência de seus efeitos amplificadores das relações do sujeito com a sociedade.

De um modo geral, os entrevistados apontam a importância de se trabalhar em rede, não ficando apenas no contexto do espaço físico do CAPS, ou seja, articulando-se com a rede de saúde como um todo e com toda a sociedade ao desempenhar uma assistência integral.

[...] Existe, poderia existir mais, a gente procura sempre manter uma articulação com a unidade de saúde, isso sempre um trabalho a ser feito, tem momentos que acontecem mais e tem momentos que menos. Então, a ideia é que ele possa manter esse cuidado [...]. (E1)

[...] A gente tem alguns vínculos, mediante prefeitura. A gente tem uma comunidade terapêutica, para se necessário estar fazendo, promovendo a internação do paciente, se indicado pelo médico. Tem os albergues, que através do Centro POP²¹, os pacientes conseguem estar fazendo uso, mediante encaminhamento, a gente encaminha para o Centro POP e o Centro POP que dá o encaminhamento. E além disso, tem a Atenção Básica, que se preciso, a gente faz uma interlocução, acontece casos de aparecer aqui, do familiar estar solicitando ajuda, mas nem chegou a pedir Posto de Saúde, então, a gente faz essa ponte, porque o Posto de Saúde está mais próximo do paciente para ele poder fazer uma primeira visita, ver a necessidades, para ver se é preciso encaminhar para o CAPS [...] (E4)

Ainda que os profissionais entrevistados entendam e valorizem a rede de saúde como uma forma de integração um caráter estratégico para auxiliá-los na questão da Reabilitação Psicossocial, outros profissionais de saúde, conforme podemos diagnosticar abaixo, apontam o quanto a rede de saúde do município de Florianópolis encontra-se fragilizada, dificultando o cuidado integral de acordo com a necessidade do usuário:

[...] Na prática, eu acho difícil a falta de dispositivos, a rede é muito incompleta. Então, isso pra mim é o mais difícil, por que com essa rede que a gente em Florianópolis, a gente perde muita gente pelo caminho, a gente não tem uma unidade de acolhimento, a gente não tem leitos, a gente não tem residencial terapêutico, a gente não tem muita coisa. Quem entra aqui no CAPS vê, acha que o CAPS é uma ilha da fantasia, por que se a gente for pensar, dependendo dos CAPS em outros municípios, é mesmo, a gente tem uma equipe legal, a gente tem um ambiente bacana, mas a gente tem um CAPS II, a gente não tem nenhum CAPS III, não é um CAPS ad III, a gente não tem nenhum CAPS III, a pessoa em uso de drogas, ela também tem que ir para um CAPS III. A gente tem uma população de rua, a gente tem uma população

²¹ Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua

prisional, a gente tem uma população muito grande para esse CAPS, mesmo tendo dois CAPS, o outro CAPS tem uma população muito menor. Então, mesmo olhando essa estrutura toda que a gente tem aqui, é muito pouco pra tudo isso. E aí, claro, quando começa a inchar o serviço as pessoas também começam a ficar mal e eu não sei se elas também não abandonam as vezes porque elas acabam tendo menos atenção em função dessa grande população que a gente tem, em média passam 100 pessoas no CAPS por dia, é muita gente. Como é que a gente vai cuidar, se a gente pensar em cuidado, de todo mundo, não tem equipe que consiga fazer isso. Não tem centro de convivência, a assistência social é fragilizada, os CRAS²² não tem muitas atividades, tu vai ligar, eles nem sabem o que te explicar, por que eles não fazem muitas coisa. Então, não tem, não tem [...]. (E2)

[...] Tem momentos que não acontece, depende muito de quem está na equipe naquele momento, com é que a pessoa vê isso, como é o tratamento, vê a questão se vê mais fechada aqui dentro do CAPS ou se tem mais possibilidade de fazer essa articulação, então, tem momentos que tem mais, tem momentos que tem menos e eu acho que o que varia sempre de acordo com a equipe que está trabalhando no momento e do momento que esta equipe está também mais disponível para fazer essas articulações ou não. A gente tem a UFSC²³ aqui do lado, acho que a gente ainda faz pouco uso disso, poderia trabalhar com várias áreas, educação física, coisas que a gente não tem aqui dentro e que talvez nem precise ter, que possa fazer isso em outro espaço [...]. (E1)

Há um leque de possibilidades para garantir a Reabilitação Psicossocial do usuário fora do CAPS ad, algumas instituições poderiam fazer essa articulação para atender essa demanda, como o entrevistado relata nessa última fala. Segundo ele, depende muito do anseio da direção

²² Centros de Referência em Assistência Social

²³ Universidade Federal de Santa Catarina

do CAPS ad, e também do consenso entre a própria equipe, para fazer e manter o trabalho com outras Instituição, trazendo o usuário para o contato com outros profissionais e sociedade.

Por outro lado, o entrevistado abaixo relata uma maior proximidade dos profissionais dos Centros de Saúde aos usuários dos CAPS ad; antigamente, havia uma fragmentação do cuidado, os pacientes de saúde mental eram direcionados para o NASF²⁴. A complexidade do atendimento em saúde mental exige saberes e fazeres que não faziam parte, até então, do repertório das equipes de saúde na atenção primária. Pode ser pelo fato de no cotidiano as funções acabarem por ficar mais compartimentalizadas, não havendo uma comunicação maior entre os profissionais da equipe, cada um na sua área, bem como um contato, uma experiência anterior, com a área da Saúde Mental.

[...] Acho que os Centros de Saúde também estão cada vez melhores, estão mais perto do CAPS e estão menos fechados para os nossos usuários do CAPS ad e acho que isso está bem devagarinho, mas está melhorando bastante, já foi bem pior com qualquer CAPS, ai o CAPS II conseguiu fazer um trabalho bem legal que eu acho que daí abriu para o nosso também, deu uma respirada deles assim, porque eles não conseguiam assumir nenhum tipo de caso de saúde mental, daí ficava tudo pra o pessoal do NASF, agora não, parece que...nossos pacientes, tanto do CAPS II quanto do CAPS aqui, às vezes faz bafão lá no Centro de saúde, é complicada mesmo, mas tem que entender que eles também fazem parte da população. É uma coisa nova para a graduação, dessas outras áreas, então acho bem legal que está vindo gente da enfermagem toda hora pra cá, isso é importantíssimo e normalmente é a mesma fala “eu achei que aqui não era assim...”, imagina, sei lá, uma caverna e ai começa a conviver com a pessoas “ah, como eles são gente boa, como são legais, como isso, como aquilo, olha aqui aquele já viajou para vários lugares do mundo”, acha que a pessoa não teve vida anterior. Por exemplo, a gente tem morador de rua que a gente atende aqui, apesar da gente ter menos, por que a gente não é referência,

²⁴ Núcleo Apoio a Saúde da Família

mas que até há dois anos atrás era professor de inglês que dava aula em várias escolas importantes aqui de Florianópolis, então, tem pessoas que vem para fazer tratamento aqui que conheciam ele como professor, tem pessoas que conhecem ele do uso na rua, então, quando um estudante vem aqui e conhece uma história dessas fica pensando “poxa, qualquer pessoas pode estar nessa situação vulnerável em algum momento da vida”[...]. (E2)

Atualmente, com a entrada cada vez maior de estudantes no CAPS ad dos cursos de enfermagem e psicologia, essa realidade está mudando, o profissional, antes de entrar para o mercado de trabalho, já teve algum contato com usuários dos CAPS, favorecendo a diminuição do estigma e valorizando a escuta, educação em saúde e o apoio psicossocial.

Dessa maneira, destaca-se que a intenção do trabalho em Rede é fazer com que os usuários do CAPS ad saiam do núcleo especializado para transitar em outros espaços, no sentido de fazer com que ele se sinta parte da sociedade. A amplificação da clínica vem sendo conquistada aos poucos, tanto no que diz respeito ao acolhimento da dimensão da subjetividade pelas equipes de referência, quanto na diversidade das ofertas terapêuticas da Saúde Mental, que vem extrapolando a sua atuação dos consultórios para o território.

A forma como atuam os diversos atores sociais (usuários, familiares, técnicos, Estado) faz com que seja produzido um determinado modo de cuidar, sustentado pela cultura e movido pelas novas maneiras de assistir. Nesse sentido, MEHRY (2002, P. 14-5), evidencia,

[...] somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos somos reprodutores de situações dadas.

Dessa forma, não se pode restringir a amplitude de um serviço a um local físico e aos seus profissionais, mas a todas as oportunidades e lugares que favoreçam a Reabilitação Psicossocial do sujeito. A ausência de inventividade, somada às ações fragmentadas podem contribuir para o surgimento do que se denomina nova cronicidade. (Rotelli, De Leonardis e Mauri, 2001; Pande e Amarante, 2011).

4.3. EQUIPE INTERDISCIPLINAR NO CAMINHO DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Nesta última categoria busca-se apresentar, por meio das entrevistas realizadas no CAPS ad Florianópolis, as percepções dos profissionais com relação às facilidades e dificuldades do trabalho em equipe interdisciplinar no processo da Reabilitação Psicossocial.

No contexto brasileiro, as Reformas Sanitária e Psiquiátrica foram movimentos incentivadores das discussões sobre a reorganização da assistência psiquiátrica. Dessa maneira, esta última procurou descentralizar as ações do manicômio proporcionando um novo olhar, um olhar biopsicossocial, em que os serviços são incluídos na comunidade, dentro do território vivido, onde o sujeito é visto de forma integral, considerando sua história, família e rede social, oferecendo assim, tratamentos mais humanizados, com viés para a interdisciplinaridade. De tal modo, as equipes de saúde ganham destaque como forma buscar a integralidade das ações e melhor qualidade dos serviços.

Nesse sentido, a Reforma Psiquiátrica Brasileira promoveu mudanças importantes na assistência ao paciente portador de transtornos mentais, além das que pontuei acima, também propiciou o surgimento de instituições extra hospitalares como o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e a própria defesa da interdisciplinaridade.

De acordo com Amarante (1995), no rastro da reforma psiquiátrica, a defesa da interdisciplinaridade e a exigência das equipes multiprofissionais nas políticas públicas transformam-se em estratégia de superação do modelo manicomial, posto que a exclusividade da narrativa biomédica sobre a loucura e a noção de doença mental, enquanto categoria tão somente médico-científica, foram problematizadas.

Ainda de acordo com o autor, a ação de saúde deve ocupar-se de tudo o que constitui o que circunda a problemática doença: o ser humano como um todo, no seu próprio contexto e nas relações dinâmicas do contexto onde está inserido (Amarante, 1995). Corroborando tal entendimento, Pitta (1994) também afirma que a Reabilitação Psicossocial deve ser um suporte para a vida, fazendo parte deste contexto todos os atores envolvidos. Por conseguinte, os profissionais de saúde precisam ter competência, o que requer conhecimento teórico, prático, saber refletir, aceitar e ter motivação para cumprir. E ainda mais, precisa amadurecer a relação com seus colegas e partilhar de interesses, experiências, competências, não olvidando das que lhes são peculiares;

isto é ser interdisciplinar, compartilhar com cada conhecimento, com vistas a modificar o trabalho, integrando-o, em conjunto.

Isto posto, a interdisciplinaridade ocupa um papel necessário para reestruturar as formas de produção do conhecimento. Segundo Costa (2007), a transformação, no tocante à interdisciplinaridade, diz respeito à postura de questionamento e à inquietude em busca de soluções e novos aprendizados. Ser interdisciplinar é se arriscar na busca do novo.

O trabalho interdisciplinar pressupõe novas formas de relacionamento, tanto no que diz respeito à hierarquia institucional, à gestão, à divisão e à organização do trabalho, quanto no que diz respeito às relações que os profissionais de saúde estabelecem entre si e com os usuários do serviço. (Matos, E., 2006). A influência do modelo fragmentado de organização do trabalho, sem uma integração com as demais áreas envolvidas é uma dificuldade na realização de um trabalho em saúde mais integrador e de melhor qualidade, tanto na perspectiva daqueles que o realizam como para aqueles que dele usufruem.

Para Peduzzi (2001), a proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes.

Minayo (1991) avalia que a interdisciplinaridade na saúde só pode ser construída a partir de uma visão sócio filosófica que faça crítica ao fragmentário e à visão funcionalista tradicional, mas que também consiga criar uma proposta epistemológica com axiomas comuns a um conjunto de disciplinas. Para ela, essa perspectiva é viável, partindo da criação de um paradigma mais abrangente que supere a dominação do modelo biomédico e as concepções reducionistas das ciências sociais.

O âmbito científico da saúde tem a seu favor sua ligação direta e estratégica com o mundo vivo, o mundo do sofrimento, da dor e da morte com o qual é chamado a se confrontar diariamente. Esse apelo cotidiano do serviço e da política social traz a área da saúde para a arena inquestionável da vida. E é no diálogo com esse radicalmente humano que está seu escudo para a o salto qualitativo, e interdisciplinar (Minayo, 1991).

De acordo com OLIVEIRA, FB E SILVA, AO (2000, p. 584-592):

A necessidade da interdisciplinaridade no campo da saúde mental decorre do fato do que o "adecer psíquico" não é um fenômeno homogêneo,

simples, mas complexo. A loucura é decorrente de uma complexa teia de eventos biológicos, sociais, culturais e políticos. A loucura é um fenômeno que provocou e provoca ambiguidades, contradições e incertezas. Ela é representada ao mesmo tempo, como sabedoria e desrazão, aprisionamento e libertação, realidade e fantasia, objetividade e subjetividade, existência e sofrimento.

Sendo assim, as formas de acesso ao sofrimento psíquico devem ser as mais diversificadas possíveis, levadas pela multiplicidade de olhares e discursos dos diferentes profissionais: enfermeiro, terapeuta ocupacional, psicólogo, médico, assistente social, auxiliar de enfermagem, bem como usuários e familiares. É desta diversidade que poderemos construir práticas que possibilitem a Reabilitação Psicossocial

Pode-se notar, através das falas dos profissionais de saúde abaixo, que existe uma forma de pensar interdisciplinar, ou seja, uma forma de concebê-lo como um facilitador na questão da confecção do Projeto Terapêutico Singular do sujeito:

[...] Acho que facilidade tem algumas, a primeira que eu acho essencial no CAPS e em qualquer trabalho que a gente faz aqui é da gente ter uma equipe, uma equipe multiprofissional, é... Poder contar com cada um, acho que isso faz muita diferença, muito diferente, por que, de modo geral, as situações que a gente atende aqui nenhum de nós poderia fazer ou faria sozinho, né, qualquer profissional: psicólogo, enfermeiro... E acho que isso nos dá uma outra condição, apesar de toda dificuldade que tem mesmo, que também esse olhar diferente não é tão fácil de conviver com isso depois nesse trabalho, de dá uma direção no tratamento, mas ele é fundamental, essencial, sem isso acho que não tem CAPS, não tem reabilitação, não teria muito trabalho[...] (E1)

[...] Acho que as facilidades, pelo menos aqui é um pouco do que eu já te falei no início, a equipe é muito parceira, a gente ver como é que cada profissional está trabalhando, então, a gente consegue trabalhar em equipe mesmo, de cada um fazer um pouco, às vezes, até pacientes que não são da minha regional, eu acabo conhecendo os casos,

acabo participando de alguma forma e os outros colegas também. E daí, realmente, várias pessoas ali engajadas fica mais fácil da gente conseguir contatos com unidades de saúde, assistência social, etc[...] (E3)

[...] Existe as reuniões na quarta-feira e existe a reunião colateral que é muito importante, eu digo colateral por que às vezes a gente está aqui, com um caso aqui, um problema aqui, e isso é muito comum entre nós, está no acolhimento com o paciente aqui e tu não sabe as vezes que rumo dar, eu me sinto à vontade, desde o dia que eu cheguei aqui até hoje, para sair dali e ir conversar com tal pessoa, com tal grupo que esteja ali, se tiver uma pessoa, duas, por que isso enriquece, às vezes não vê uma solução e as vezes conversando com outra pessoa, trazendo isso para o grupo, você volta para lá com outra posição. E a outra visão de cada um, cada um pensa de uma forma e isso constrói. Acho que por isso o CAPS é algo que dá certo, eu vou estar a todo momento precisando de alguém e alguém a todo momento vai estar precisando de mim e isso faz com que tu comeces a conhecer o paciente, comece a conhecer o movimento que ele faz, isso é muito bom, muito construtivo[...] (E5)

Nota-se que a percepção dos profissionais entrevistados apresenta um reconhecimento sobre a interdisciplinaridade, no sentido de que as atuações dos mesmos demandam troca, ou seja, os profissionais de saúde falam dessa relação, desse *feedback* em que um deve buscar o outro para criar novas formas de realizar o trabalho, compartilhado. É notória a tentativa de se aproximar desse entendimento mútuo, mesmo porque, se o paciente demanda uma atenção especial, de forma que abranja aspectos da sua realidade social, a questão orgânica e psicológica do mesmo, e formas de auxiliá-lo com relação a sua (re) inserção no contexto social vivido, todos devem partilhar dessas informações e experiências para que possam criar habilidades comuns que permitam isso.

Dessa maneira, para tais profissionais, é importante pensar a interdisciplinaridade, e significa também pensar em trocar informações, em buscar o saber do outro. Ao recorrer a definição de interdisciplinaridade, percebemos que de fato esta é uma característica

fundamental e por essa razão temos que dar especial atenção a esse aspecto.

Novamente trago aqui entendimentos coadjuvantes, que reforçam essa ideia no trato da Reabilitação Psicossocial. De acordo com Souza, ACS e Ribeiro, MC (2013), em equipe interdisciplinar os profissionais buscam contribuir com os conhecimentos técnico-científicos de sua disciplina, estudo e superação de determinadas situações. Para tanto, os profissionais envolvidos precisam estar abertos às mudanças, dotados do espírito de descoberta e curiosidade, desejando enriquecer-se com novos enfoques, precisam estar cheios de gosto pelas combinações de perspectivas e, principalmente, desejosos de superar os caminhos já trilhados. Assim, trabalhar em equipe constitui um exercício imprescindível para tornar real o atendimento integral, que deve partir da formação acadêmica do profissional em saúde, com estratégias voltadas para o diálogo, o cuidado, o acolhimento, o vínculo.

Para tanto, não só o acolhimento ao paciente se destaca nos requisitos da Reabilitação Psicossocial; é importante que a própria equipe ampare os profissionais novos que chegam para partilhar os trabalhos. Diante das falas a seguir, demonstra-se a percepção da equipe de saúde sobre a necessidade do acolhimento dos profissionais que passam a integrar o grupo, inclusive os profissionais que estão iniciando o trabalho em Saúde Mental.

[...] Mas fora isso, eu tinha um bom suporte de formação em psicologia, desde o início eu consegui manejar os casos que fora me passados, foi muito tranquilo para eu me inserir na equipe, porque a equipe é extremamente acolhedora, muito competente, pega junto, então, eu me senti bem amparada. E daí aquela coisa, os primeiros meses foi de aprendizado mesmo, daí eu acho que como tudo estava se encaminhando bem, como a equipe me acolheu bem e tudo, embora eu tivesse algumas dificuldades e tudo, isso ficou em segundo plano [...] (E3).

[...] eu tinha passado um bom período trabalhando na gestão da Atenção Básica, fiquei um ano e pouco trabalhando na gestão, então eu estava muito afastada da clínica e o CAPS é clínica, aí eu falei p equipe, eu cheguei e disse: olha, eu preciso de um tempo, por que estou muito tempo afastada, essa

coisa de atendimento, de assistência mesmo assim; e foi super legal nesse sentido, por que eu entrei na festa junina, inclusive hoje é festa junina no CAPS, mas eu entrei na festa junina de 2012 e a gente ia mudar a grade de projetos aqui no CAPS em Agosto, então eu fiquei lá do meio de junho ao meio de Agosto, sei lá, só acompanhando, eu entrei para um turno de acolhimento, depois que eu fui fazer os primeiros grupos, os primeiros atendimentos sozinha, então eu tive um mês e pouco assim pra entrar no serviço, o que não acontece com todo mundo, eu tive sorte, naquela época a equipe estava bem grande, por que várias pessoas chegam aqui já no serviço e a maior parte das pessoas que vem pra cá, eu acho que não teve nenhuma ainda que não, nunca teve experiência em CAPS, são pessoas que chegam e são sua primeira experiência, às vezes, até mesmo na saúde mental. Às vezes, a pessoa ainda vem com alguma bagagem teórica, do que que é a saúde mental, do que que é a reforma, do que que é o sus, mas às vezes nem tem isso, ai fica bem difícil[...] (E2)

A troca de experiência e o acolhimento do profissional que tem seu primeiro contato com Saúde Mental, dentro do serviço, foram mencionados nos depoimentos como uma fonte de conhecimento. Esse conhecimento é adquirido no dia a dia, no convívio com os demais profissionais de saúde, o que é de extrema importância, aprender com a experiência vivida. Entretanto, esse fato, isolado, pode acarretar prejuízos à assistência e a Reabilitação Psicossocial, quando, ao atender à demanda de usuários de álcool e outras drogas, o profissional não possui um adequado preparo técnico-científico e uma continuidade na prestação do serviço.

Dessa forma, uma solução para resolver esse conflito seria o oferecimento de uma capacitação com relação aos serviços, estratégia que pouco tem sido explorada como alternativa para a formação desses profissionais de saúde. Por outro lado, sustento que o acolhimento da Equipe de saúde para com esses profissionais sem experiência é de fundamental importância para que este se sinta importante no seu papel do cuidado.

A clínica psicossocial depende de uma equipe multiprofissional e de todo o seu engajamento no

cuidado, nas relações cotidianas dos usuários, familiares e com o território. Desta forma o desgosto pelo trabalho e a instabilidade profissional é fatal para os vínculos estabelecidos e para essa nova clínica (GRIGOLO, 2010, p. 250).

Saraceno, Asioli e Tognoni (1994) enfatizam que no ambiente de trabalho dos profissionais há a necessidade de uma intercomunicação clara, objetiva e não contraditória. Que exista espaço no processo para a autocrítica e para a avaliação periódica dos resultados esperados, para que assim a equipe possa se caracterizar como integrada. O autor aponta que o trabalho individual, isolado, a atitude defensiva e a repetição estereotipada das intervenções contribuem, e muito, para que uma equipe não seja integrada.

Os entrevistados também relataram em seus depoimentos como a dificuldade a demanda de tarefas que assumem rotineiramente, o acúmulo de tarefas na tentativa de manter o maior número de possíveis de atividades em funcionamento, a falta de espaço físico para as atividades e um número reduzido de profissionais de saúde acarreta uma precarização no atendimento, e que tais problemas têm se tornado constantes nos serviços de saúde pública em geral:

[...] E dificuldades, eu acho que dificuldades todos os serviços de saúde público tem, às vezes, a gente tem que se desdobrar em mil, porque tem pouco horário de consulta, tem poucos profissionais, falta espaço físico, a gente tinha um grande problema que estava com poucos profissionais, daí, agora que a equipe está praticamente completa, só que daí quando a gente ver tem dois profissionais atendendo no mesmo horário, que de repente não tem sala ou meio que tem que improvisar de alguma forma, atende no refeitório, atende no cantinho lá embaixo no pátio. A demanda é muita, trezentos e pouco pacientes que realmente, de alguma forma, faz um acompanhamento aqui [...]
E3.

[...] a gente teria que ter um outro tipo de trabalho, que esse trabalho a gente consegue fazer menos que essa proximidade, “o que está acontecendo contigo”, de vez em quando a gente consegue e de vez em quando não. Então, não sei se a pessoa

abandonou a gente que abandonou ela, sabe [...].
E2

Pitta (2001) entende que as variáveis que estão relacionadas e determinam os resultados da Reabilitação Psicossocial podem ser distribuídas em dois extremos: no micro e no macro. O micro está relacionado à afetividade, à continuidade, ao vínculo real estabelecido entre paciente-profissional e ao tempo gasto nessa relação. O nível macro está relacionado à organização do serviço, a sua relação com a comunidade e a satisfação dos seus usuários e profissionais. Na visão da autora, estas que são as variáveis que determinam se as técnicas, independentemente de quais forem, podem funcionar, ou não. Isso corrobora para que as variáveis que influem na melhora ou piora dos pacientes são além das técnicas em si, mas o programa, os serviços e as pessoas (profissionais) que neles trabalham.

Hirdes (2004); Hirdes e Kantorski (2004) entendem que as práticas da vida cotidiana se constituem como essenciais para a Reabilitação Psicossocial. A diferenciação entre o tratar pessoas com relação a sua subjetividade aparece como um diferencial importante em relação à centralização no tratamento, na doença. Entretanto, esta superação só se faz concreta e possível se os profissionais de saúde assumirem outras posições nos cenários, como a constante avaliação das práticas, o respeito, o relacionamento interpessoal, a validação da identidade dos usuários, o acolhimento, o escutar o outro, o partilhar de experiências vividas, a interdisciplinaridade.

Todos esses aspectos aparecem como um estilo de trabalho, e se destacam por proporcionar verdadeiros serviços de saúde mental do país, e esses diferenciais que contornam ações que devem permear a própria Reabilitação Psicossocial do paciente, introduzindo saltos qualitativos que se inserem na vida cotidiana das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O real não está na saída nem na chegada, ele se dispõe pra gente no meio do caminho.

Guimarães Rosa

De acordo com a análise de dados apresentada e considerando os objetivos desta pesquisa, o estudo da percepção dos profissionais de saúde de um CAPS ad sobre a Reabilitação Psicossocial resultou na compreensão dos mesmos com relação a aspectos indispensáveis sobre a atenção dos profissionais e serviços de saúde no tratamento aos usuários de substâncias psicoativas.

Dessa forma, nota-se que os profissionais de saúde do CAPS ad Ilha têm uma visão favorável a Reabilitação Psicossocial, por considerarem elementos como a escuta dos usuários no momento em que adentram o espaço terapêutico, o que demonstram querer para si naquele momento, para, assim, realizar a confecção do Projeto Terapêutico Singular. Essa construção inicia-se a partir de um vínculo, naquele instante crítico do usuário ao serviço, desde a sua recepção, do acolhimento à escuta de seu mundo, seu modo de viver e de seu entorno (família, trabalho e amigos). Nesse sentido, a escuta se torna a ferramenta principal para o desenvolvimento e o fortalecimento do vínculo entre o profissional e o usuário.

Durante esse processo, desenha-se e explica-se o Projeto Terapêutico Singular, como uma proposta de um conjunto de ações pactuadas entre diferentes atores: o usuário, seus familiares, integrantes da equipe e profissionais de outros serviços, ativados a partir da necessidade do usuário. Pacto que pressupõe uma negociação a envolver a organização de uma nova rotina, definição de quais ações participar, assunção de responsabilidades e compartilhamento de tarefas entre os diferentes atores (YASUI, 2010: p. 149).

O Projeto Terapêutico Singular diz respeito à comunhão dos profissionais em torno da melhoria psicossocial daquele paciente que procura o CAPS ad para ser atendido, de forma a unir conhecimentos, práticas e experiências em prol de uma melhor prestação do serviço,

tentando também diminuir suas dificuldades, dentro da área de atuação específica do centro e mesmo fora dele, ainda que dependam de outras Instituições para tanto.

Entendo que parte da melhoria de um sistema, ainda que seja difícil pela amplitude do mesmo, deve partir da atuação de cada centro de apoio, de cada profissional, em conjunto, para fazer valer as diretrizes e os fundamentos que foram destacados no decorrer desta pesquisa.

Para tanto, compreende-se que os Projetos Terapêuticos Singulares, centrados em práticas reabilitativas, não devem ser encarados somente como processos normativos, mas devem seguir os objetivos propostos, como um conjunto de estratégias que direcionam as ações, e decorrentes disso, algumas características são necessárias: flexibilidade, redimensionamento e a constante avaliação. Isso implica um processo de construção coletiva e cotidiana, com o envolvimento de toda a equipe.

De acordo com algumas falas, os profissionais perceberam que, para que se possa receber e manter o sujeito em sofrimento psíquico causado pelo uso prejudicial de drogas, é necessário um serviço de porta aberta, em que o sujeito possa adentrar, ser recebido e acolhido, um momento de escuta e de fortalecimento de vínculo. Acolher e escutar o usuário são atributos essenciais para uma prática clínica de qualidade, favorecendo o aumento da eficácia das ações desses centros de saúde.

A contratualidade do usuário, um dos dispositivos da Reabilitação Psicossocial com vistas a ampliar a sua autonomia, pode ser determinada pela relação estabelecida com os próprios profissionais que o atendem. Depois, pela capacidade de elaborar ações práticas que modifiquem as condições de vida, de modo que a subjetividade possa ser valorizada dentro do tratamento, e assim enriquecer o trabalho do CAPS ad. Nesse sentido, constatou-se que alguns profissionais compreendem que o fortalecimento desse poder contratual do usuário seja uma das maiores e mais difíceis tarefas dos reabilitadores.

Dessa forma, o profissional percebe como é importante o estreitamento do vínculo para que não haja o abandono ao tratamento, descrença do serviço, perda na noção da real necessidade do tratamento, sentimento de não inclusão no processo de reabilitação. Nesse sentido, a fala dos profissionais indicou um conflito na sua compreensão com relação ao fortalecimento do vínculo: o comprometimento do usuário sobre a importância do tratamento *versus* o desejo do usuário em usufruir das drogas.

Para que o acolhimento e a autonomia do usuário se tornem efetivos no seu cuidado, é necessário um trabalho em Rede, em que usuário seja visto de formas múltiplas, onde a produção dos sentidos seja

realizada no lugar em que se habita, ao qual pertence por meio das práticas cotidianas.

Organizar um serviço que se opere segundo a lógica de Rede e do território vivido é olhar e ouvir a vida desse lugar. De acordo com os profissionais de saúde, essa realidade é essencial para um cuidado integral, porém a rede de saúde do município de Florianópolis encontra-se fragilizada, apesar de se ter um contato com outros Centros de Saúde, poder-se-ia envolver muitos outros setores mais, até fora do setor da saúde, pois a reabilitação demanda interdisciplinaridade, para reinserir socialmente esse usuário, como por exemplo a Universidade Federal de Santa Catarina.

Articular ações integradas com os campos da “Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho, Lazer, com a Universidade, o Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais” significa construir um processo que envolve um intenso diálogo, o qual pressupõe reconhecer e respeitar as especificidades e as diversidades de cada campo; explicar os conflitos e os interesses envolvidos, para que se possam negociar e pactuar ações; unir potências, produzir encontros ao redor dos temas que perpassem por todos esses campos, a saber: a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população (YASUI, 2010, p. 155).

Dessa forma, e de acordo com tudo que foi apontado, nada seria possível, se o olhar ao sujeito não fosse um olhar interdisciplinar. Percebe-se, através das entrevistas com os profissionais de saúde, que há uma comunicação e um contato efetivo entre os membros da equipe, favorecendo a uma melhor evolução da situação do sujeito em sofrimento em decorrência com sua relação de dependência química. Essa comunicação se faz necessária também na presença de novos profissionais de saúde, em que se deparam pela primeira vez com a Saúde Mental. Assim, a equipe do CAPS ad ocupa um lugar de referência, lugar de permanente diálogo, apoio e intercâmbio para o planejamento, organização, execução e avaliação das ações de saúde mental.

Os entrevistados ainda assumem como dificuldade a sobrecarga de tarefas, falta de espaço físico para as atividades e um número reduzido de profissionais de saúde, e tais problemas resultam em uma normalização

do tratamento e uma “encapsulação” do usuário ao serviço. Segundo YASUI (2010, p. 113-160):

É nesse terreno que surge mais um desafio para tal proposta de mudança de modelo: romper com a monotonia, com a repetição sem sentido das coisas do dia a dia; produzir e inventar ações de ruptura, explodir o tempo com significados e sentidos; rearranjar a rotina do CAPS, criando novos e outros caminhos. Assim, conhecer lugares na cidade onde nunca se andou; experimentar sensações inéditas de fruição estética (ouvir música clássica, ir a um museu, assistir a uma ópera ou a uma peça de teatro); aprender a cozinhar e a degustar novos sabores; descobrir no ato de fazer algo novo, habilidades para atividades e para expressão inimagináveis são todos exemplos de dispositivos para ampliar e intensificar modos diversos de estar no mundo. Redescobrir a dimensão do cotidiano como produção criativa da vida é produzir outra temporalidade, resgatar sua relação com o passado e o futuro, potencializar a vontade de fazer história.

Nessa perspectiva, a Reabilitação Psicossocial surge como um papel desafiador na construção de formas de tratamento do usuário para ajudar a reinseri-lo no seu contexto social, prepara-lo para reencontrar sua capacidade para realizar atos da sua vida de forma íntegra, digna. Desafiador porque incita mudanças dentro de um quadro normativo que muda a realidade da Saúde Mental a passos lentos na prática, mas que cada vez mais surgem pessoas e ideias que se empenham em melhorar a situação do doente mental no contexto brasileiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, D. **Pessoas em situação de rua, uso de drogas e o consultório de rua**. 2013. 168 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
- ALVES, V.S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial**. Interface Comun Saúde Educ. 2005 Fev;9(16):39-52.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.
- BARCHIZAGO, A.P. **Amadurecendo a temática da dependência química na esfera da reabilitação psicossocial**. In: Merhy E.E., Amaral, H., organizadores. A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo e Rothschild;; 2007. P.202-08. (Saúde loucura; 22).
- BASAGLIA F. S. (1968-1980): **dall' apertura del manicômio allá nuova legge sull' assistenza psichiatrica**. Torino: Guilo Eunaude;1982. **Riabilitazione e controllo sociale**. P. 199-208. Tradução livre por Ana Luiza Aranha e Silva. Texto apresentado ao Comitê Internacional Contra o Sofrimento Mental. Helsinki, 1971.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília (DF); 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental:1990-2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Alcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BERTOLETE, J.M. **Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial**. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 155-8.

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

CAMPOS, G.W.S. **A clínica do Sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Ed. Hucitec, 2003, P.51-67.

CARLINI, E.A. (supervisão) [et. al.]. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005** -- São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

COSTA, A.; SILVEIRA, M.; VIANNA, P. & SILVA-KURIMOTO, T. **Desafios da atenção psicossocial na rede de cuidados do sistema único de saúde do Brasil**. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2012,7, 46-53.

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

DELGADO, P.G.G. **Reforma Psiquiátrica.** In: Tânia Maris Grigolo; Rodrigo Otávio Moretti Pires [orgs.]. Políticas de saúde mental e direitos humanos. [Recurso eletrônico]/ Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. P. 11 a 20.

DESVIAT, M. **A Reforma Psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social.** São Paulo, Atlas, 4ª ed., 1994.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 3ª edição, 1991.

GRIGOLO, T. M. O CAPS me deu voz, me deu escuta: Um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários. 2010. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica)-Universidade de Brasília. Brasília, 2010.

GUERRA, A.M.C. **Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. 2004, VII (2), 83-96. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/art/jun4/4.pdf>. Acesso em 24 maio de 2015.

HIRDES A. **Therapeutic listening: a work instrument at the service of mental health?** Int J Psychosoc Rehabil 2004; 8: 37-46. Disponível em http://www.psychosocial.com/IJPR_8/therapeutic_listening.html. Acesso em 27 abr. 2016.

HIRDES, A.; KANTORSKI, R.T. **Reabilitação Psicossocial: objetivos, princípios e valores.** R Enferm UERJ, 2004; 12:217-21.

JORGE, M.S.B. *et al*; **Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3051-3060, 2011

KANTORSKI, L & PINHO, L.B. **Assistência Psiquiátrica no contexto brasileiro.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011, (2),2107-2114.

KANTORSKI, L.P. *et al*. **A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de centros de atenção psicossocial - CAPS*.** *Cogitare Enferm.* 2010 Out/Dez; 15(4):659-66.

KINOSHITA, R.T. **Contratualidade e reabilitação psicossocial.** In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil.* 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 55-9.

KINOSHITA, R.T. **Recursos e Estratégias do Cuidado.** In: Büchele, F. e Dimenstein, M. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

Laranjeira, R. (Supervisão) [et al.]. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012.** São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP. 2014.

LUSSI, I.A.O; PEREIRA. M.A.O; PEREIRA JUNIOR. A. **A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização?** *Rev Latino-am Enfermagem*, 2006 maio-junho; 14(3):448-56.

MCMAHON, R.C. TOWBERMAN D.B. **Psychosocial correlates of adolescent drug involvement.** *Adolescence.* 1993;28 (112): 925-36.

MACIEL, S.C.; **Reforma psiquiátrica no Brasil: algumas reflexões.** *Cad. Bras. Saúde Mental*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 73-82, jan./jun. 2012

MERHY, E.E. **A reestruturação produtiva na saúde, a produção do cuidado e a cartogra!a do trabalho vivo em ato.** São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MARQUES, A; FORMIGONI, M. **Comparison of individual and group cognitive- behavioral therapy for r alcohol and/or drug dependent patients.** *Addiction*, 96, 835-846. 2001.

MATOS, E. **A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde.** UFSC/PEN, 2006. P. 34-40.

MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ, N. O.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis - RJ.Ed.Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M. C. S. **Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido.** *Medicina, Ribeirão Preto*, v. 24, n. 2, p. 70 – 77, abr / jun., 1991.

OLIVEIRA, L.C. **Porque voltei às drogas?** Bauru: EDUSC, 1997.

OLIVEIRA, F. B. de et al. **Enfermagem em Saúde Mental no Contexto da Reabilitação Psicossocial e da Interdisciplinaridade.** *R. Bras. Enferm.* Brasília. v. 53, n. 4, p. 584-592, out/dez. 2000

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Organização Pan-Americana da saúde (OPAS). Relatório Sobre a Saúde no Mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Genebra; 2001.

PANDE, M.N.R.; AMARANTE, P.D.C. **Desafios para os Centros de Atenção Psicossocial como serviços substitutivos: a nova cronicidade em questão.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(4):2067-2076, 2011.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Revista de Saúde Pública, São Paulo 2001 fev;35(1):103-9.

PINHO, P.H. *et al.* **A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível?** Rev. Psiq. Clín 35, supl 1; 82-88, 2008.

PINHO, P.H. **Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial.** Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de São Paulo, 2009.

PINHO, P.H. *et al.* **Reabilitação psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde.** Rev Esc Enferm USP, 2009; 43(Esp 2):1261-6.

PINTO, A.T.M.; FERREIRA, A.A.L. **Problematizando a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a Genealogia da Reabilitação Psicossocial.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 15, n. 1, p. 27-34, jan./mar. 2010.

PINTO, D.M. *et al.* **PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NA PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 493-302.

PITTA A. **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo. Huncitec, 2001.

ROCHA, R.M. **O Enfermeiro na Equipe Interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as Possibilidades de cuidar.** Texto Contexto Enferm 2005 Jul-Set; 14(3)350-7.

ROTELLI, F. **Desospitalização.** Conferencia. In: Anais Ii Conpsic. Conselho Regional De Psicologia. 6ª Região. São Paulo: Oboré; 1992.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. **Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil. Aspectos Históricos e Metodológicos.** In: BEZERRA, B.;AMARANTE, P. (Org.): *Psiquiatria sem Hospício.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

ROTELLI, F.; DE LEONARDIS, O & MAURI, D.

Desinstitucionalização: uma outra via. In: Nicácio, F. (org.).
Desinstitucionalização. São Paulo: Editora Hucitec. 2001, pp.17-59.

SALLES M.M.; BARROS, S. **Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental.** Acta Paul Enferm. 2009; 22(1):11-6.

SANTA CATARINA. Conselho Regional de Psicologia, 12ª Região.
Coordenadora Estadual de Saúde Mental fala sobre o quadro da atenção psicossocial em Santa Catarina. Disponível em:
<www.crpsc.org.br/?open_pag&pid=2788>. Acesso em 20/07/2014.

SARACENO, B. **A concepção de reabilitação social como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental.** Rev. Ter. Ocup. 1998; 9(1): 26-31.

SARACENO, B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Belo Horizonte: Té Cora; 1999.

SARACENO, B. **Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a Passagem do Milênio.** In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 155-8.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de Saúde Mental: Um guia básico para a atenção primária.** São Paulo: Hucitec, 1994.

Silva, A. G. & Mascarenhas, M. T. M. **Avaliação da atenção Básica em Saúde sob a ótica da integralidade: Aspectos conceituais e metodológicos.** In R. Pinheiro & Mattos R. A. (Orgs.). Cuidado: As fronteiras da integralidade (pp. 241-257). Rio de Janeiro: IMSUERJ/Abrasco, 2004.

SOUZA, A.C.S.; E RIBEIRO, M;C. **A interdisciplinaridade em um CAPS: a visão dos trabalhadores.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 91-98, 2013.

VIGANÓ, C. **A construção do caso clínico em Saúde Mental.** Curinga, 1999, 13: 50-9.

Yasui, S. **Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Neuroscience of psychoactive substance use and dependence**. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em 06/07/2014. In: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Folha 01 – Esclarecimentos da pesquisa

Título do estudo: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM CAPS AD DO

SUL DO BRASIL ACERCA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.

Pesquisador responsável: Mariana Rosa de Almeida

Orientador da Pesquisa: Prof^o. Lucio Botelho

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

Local da coleta de dados: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Ilha – Florianópolis/SC

Prezado (a) Senhor (a):

· Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de forma totalmente voluntária.

· Antes de concordar em participar desta pesquisa, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

· Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar.

· Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

· Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito, não acarretando qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

· Os pesquisadores se comprometem em cumprir a Resolução CNS nº 466/12, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

· Sua identidade e informações serão mantidas no mais absoluto sigilo;

Objetivo do estudo: Analisar a percepção dos profissionais de saúde do CAPS ad de Florianópolis/SC, acerca da Reabilitação Psicossocial.

Justificativa do estudo: Este estudo tem como finalidade contribuir com a discussão sobre a Reabilitação Psicossocial, refletindo sobre a percepção dos profissionais do CAPS ad de Florianópolis, buscando desvelar práticas e saberes reabilitadores, identificando as principais facilidades e dificuldades, bem como as possíveis contradições enfrentadas pelos profissionais nas suas intervenções.

Procedimentos: A sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as questões desta entrevista.

Riscos: Os riscos desta pesquisa podem ser entendidos de diferentes aspectos, onde cada qual será controlado de maneira apropriada. 1) Os riscos relacionados às entrevistas serão controlados pelo pesquisador quando do estabelecimento de uma conduta de preservação da identidade dos entrevistados, bem como da garantia de anonimato sobre qualquer informação prestada no decorrer da coleta de dados. Os participantes serão convidados a participar de forma voluntária, onde assinarão um termo de consentimento formal livre e esclarecido, tendo liberdade para se recusar a participar do estudo ou para declinar de sua participação ao longo do mesmo. 2) As informações das avaliações das percepções dos profissionais de saúde sobre Reabilitação Psicossocial serão tratadas sempre de forma coletiva, sendo que o pesquisador garante o anonimato desses trabalhadores.

Sigilo: As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com o pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

(Nome e CPF)

(CPF:014217115-83)

Sujeito da Pesquisa/Representante Legal
Responsável

Mariana Rosa de Almeida

Pesquisador

Dados de contato dos pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:

Mariana Rosa de Almeida. E-mail: marirosa@lccarvalho.com/ (48) 9142-8992

Prof. Lucio Botelho. E-mail: lucio.botelho@ufsc.br/ (48) 3721-6359

CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA – HEMOSC:

Centro de Estudos Mário Roberto Kazniakowski - CEMARK

Rua Barão de Batovi, n 630. Centro - Florianópolis /SC. CEP: 88015-340

Telefone: (048) 3251 9752 ou 3251 9826

E-mail: cep@fns.hemosc.org.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Folha 02 – Declaração para participação da pesquisa

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM CAPS AD DO SUL DO BRASIL ACERCA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL ” de maneira clara e detalhada e declaro que concordo em participar desse estudo.

Florianópolis, _____ de _____ de 2015.

 (Nome e CPF)

Almeida (CPF: 014217115-83)

Sujeito da Pesquisa/Representante Legal

Responsável

Mariana Rosa de

Pesquisador

Dados de contato dos pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos:

Mariana Rosa de Almeida. E-mail: marirosa@lccarvalho.com/ (48) 9142-8992

Prof. Lucio Botelho. Email : lucio.botelho@ufsc.br/ (48) 3721-6359

CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE SANTA CATARINA – HEMOSC:

Centro de Estudos Mário Roberto Kazniakowski - CEMARK

Rua Barão de Batovi, n 630. Centro - Florianópolis /SC. CEP.: 88015-340

Telefone: (048) 3251 9752 ou 3251 9826

e-mail: cep@fns.hemosc.org.br

APENDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA

REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E
OUTRAS DROGAS: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE
SAÚDE.

1 - IDENTIFICAÇÃO:

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: _____

Profissão: _____

Ano de Formação _____

Local _____ de

Graduação:

_____ Pós Graduação: () Sim () Não. Se sim, Qual:

Função _____

_____ Tempo de trabalho nesta instituição:

Como você veio trabalhar neste

CAPS: _____

Vínculo: Concursado () Contratado ()

2 - QUESTÕES SOBRE A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL:

1. Descreva as suas atividades no serviço no CAPS ad.
2. Como foi sua experiência logo que começou a trabalhar no serviço, como se sentia?
3. Descreva uma situação que, do seu ponto de vista, expresse a proposta da Reabilitação Psicossocial na assistência ao usuário.
4. Comente como se dá o processo de inserção e de permanência do usuário no serviço.
5. Existem encontros onde a equipe torce experiências sobre estudos de caso ou cotidiano do serviço?
6. Existe a participação de outros serviços de saúde no cuidado ao usuário de álcool e outras drogas? Se a resposta for afirmativa, contar um pouco sobre.

7. Conte-nos uma história que tenha marcado a sua vivencia dentro do serviço.
8. Em sua opinião, quais as principais facilidades e dificuldades das intervenções que objetivam a Reabilitação Psicossocial.

**ANEXO A- DECLARAÇÃO DA COMISSÃO DE
ACOMPANHAMENTO DOS PROJETOS DE PESQUISA EM
SAÚDE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE
FLORIANÓPOLIS/SC.**



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa: "A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM CAPS AD DO SUL DO BRASIL ACERCA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL", do (a) pesquisador (a) responsável Lúcio Botelho. Declaro, ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto. Autorizo, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPH.

Florianópolis, 19 de dezembro de 2014

Evelise Ribeiro Gonçalves
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde