

MARIA PAULA NAVES VASCONCELOS

**FRAGMENTAÇÃO DO TRABALHO E DO CUIDADO
A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
DESAFIOS PERSISTENTES DA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL EM UM CAPS-I DE UM MUNICÍPIO
DE MÉDIO PORTE**

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2019

MARIA PAULA NAVES VASCONCELOS

**FRAGMENTAÇÃO DO TRABALHO E DO CUIDADO
A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
DESAFIOS PERSISTENTES DA ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL EM UM CAPS-I DE UM MUNICÍPIO
DE MÉDIO PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia
Linha de Pesquisa: Instituições, Saúde e Sociedade

Orientador: Marcelo Dalla Vecchia

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2019

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

V331f Vasconcelos, Maria Paula Naves.
FRAGMENTAÇÃO DO TRABALHO E DO CUIDADO A USUÁRIOS
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS : DESAFIOS PERSISTENTES DA
ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM CAPS-I DE UM MUNICÍPIO DE
MÉDIO PORTE / Maria Paula Naves Vasconcelos ;
orientador Marcelo Dalla Vecchia. -- São João del
Rei, 2019.
55 p.

Dissertação (Mestrado - Psicologia) --
Universidade Federal de São João del-Rei, 2019.

1. Álcool e outras drogas. 2. Atenção
psicossocial. 3. Equipe multiprofissional. 4.
Trabalho em equipe. I. Vecchia, Marcelo Dalla,
orient. II. Título.



Universidade Federal
de São João del-Rei

10 Anos

PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO
EM PSICOLOGIA
UFSJ



A Dissertação “**Fragmentação do trabalho e do cuidado a usuários de álcool e outras drogas: desafios persistentes da atenção psicossocial em um CAPS-1 de um município de médio porte**”

elaborada por **Maria Paula Naves Vasconcelos**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM PSICOLOGIA

São João del-Rei, 18 de março de 2019

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia - (UFSJ)
Orientador

Profa. Dra. Cláudia Maria Filgueiras Penido - (UFMG)

Profa. Dra. Cassia Beatriz Batista - (UFSJ)

Agradecimentos

Da aprovação à conclusão um período intenso, de ansiedades, alguns entraves e muito trabalho, fatores que motivam agradecimentos pela grande conquista que é chegar até aqui, principalmente se levamos em conta o atual contexto político. Agradeço pela oportunidade (entendida como um privilégio) de poder me dedicar ao mestrado e pelo incentivo que recebi de vários atores que estiveram próximos.

Durante o percurso fomos surpreendidos por diversos retrocessos referentes à educação pública e às políticas públicas que motivam estudos como este. Neste sentido, agradeço a todos que, como eu, resistem e lutam para que não percamos direitos e para que a produção de conhecimento seja também um ato político, que não se restrinja às áreas científica e técnica, mas que alcance objetivos concretos nas vidas de sujeitos que permanecem marginalizados numa sociedade que cada vez menos olha por eles.

Em âmbito individual, apesar das indispensáveis situações de isolamento, cito algumas mãos que contribuíram para que a jornada do mestrado se consolidasse. Cada etapa suscitou comemorações e agradecimentos, e agora não seria diferente.

Agradeço ao Prof. Marcelo, que contribuiu grandemente para minha formação acadêmica, profissional e pessoal. Sou grata pelas imprescindíveis orientações e pela confiança depositada em meu trabalho durante todo o processo.

À minha família pelo encorajamento para encarar as viagens e me dedicar aos estudos, ainda que não integralmente, mas com entusiasmo. Aos mais próximos por compreenderem a necessária solidão para imersão em leitura, análise e escrita e também pela paciência quando foi necessário compartilhar algum resultado da pesquisa.

Aos amigos que me ofereceram hospedagem e acolhimento em São João del-Rei, principalmente Thaisa e Tassiana que trilharam trajetórias próximas à minha e partilharam dos momentos de construção e desconstrução da pesquisa; aos parceiros de viagem que fizeram do trajeto semanal nada tedioso.

À Prefeitura Municipal de Três Pontas pela possibilidade de que eu me ausentasse do trabalho em alguns momentos para comparecer às atividades do mestrado; aos colegas da Secretaria Municipal de Assistência Social e do Centro de Referência de Assistência Social pelo suporte e compreensão nos momentos em que estive em São João del-Rei.

Enfim, aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial em questão, atores essenciais que acolheram a proposta do estudo, me emprestaram suas vozes e tornaram possível a produção dos dados.

“Nada tenho que ver com a ciência; mas, se tantos homens em quem supomos juízo são reclusos por dementes, quem nos afirma que o alienado não é o alienista?”
O Alienista – Machado de Assis

Resumo

A reforma psiquiátrica brasileira propiciou que práticas mais humanizadas compusessem o campo do cuidado em saúde mental, o que inclui a demanda decorrente do uso de álcool e outras drogas. O Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad) trata-se de um serviço especializado para acolhimento desta demanda, e embasa-se em preceitos da luta antimanicomial e da clínica ampliada. Apesar de documentos que orientem quanto ao atendimento especializado, tais serviços não abrangem todos os municípios brasileiros atualmente. Em municípios cuja população seja inferior a 70 mil habitantes fica a cargo dos CAPS de atendimento geral (quando existentes) o tratamento das diferentes clientela em saúde mental. Diante do atual cenário, de retrocessos nas políticas públicas, escassez de dispositivos e práticas de cuidado cronicadoras, buscou-se compreender as relações de cuidado a usuários de álcool e outras drogas dentro de uma equipe atuante em um CAPS-I de município mineiro de médio porte. O presente estudo tem caráter qualitativo e foi composto por grupo focal e observações participantes, a partir do que identificou-se aspectos que caracterizam a forma como acontece o acolhimento da referida demanda. Os resultados indicaram que o trabalho em equipe acontece de forma fragmentada, sem articulação com o território dos usuários e com priorização de ações particularizadas e ambulatoriais em detrimento de ações coletivas e comunitárias. O cuidado acontece com centralidade em intervenções médicas e as diferentes especialidades da equipe em alguns momentos apenas coexistem. Sobre a questão central do estudo, não parece haver planejamento e execução de atividades específicas para a população com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, o que indica necessidade de revisão da forma como os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) funcionam atualmente para acolhimento das diferentes demandas de forma adequada. Enfatiza-se a importância do investimento em estratégias de educação permanente em saúde, supervisão clínico-institucional e outras que possibilitem que o trabalho aconteça nos moldes da clínica ampliada e se aproxime da ideia de transdisciplinaridade.

Palavras-chave: álcool e outras drogas; atenção psicossocial; equipe multiprofissional; trabalho em equipe.

Abstract

Brazilian psychiatric reform has led to more humanized practices making up the field of mental health care, which includes the demand for alcohol and other drugs. The Center for Psychosocial Care for Alcohol and Other Drugs (CAPSad, in Portuguese) is a specialized service to meet this demand, and is based on precepts of anti-asylum and extended clinical care. Although documents that guide the specialized service, these services do not cover all the Brazilian municipalities currently. In municipalities whose population is less than 70 thousand inhabitants, CAPS for general care (when available) are responsible for the treatment of different mental health clients. In the face of the current scenario, of setbacks in public policies, shortage of devices and chroniform care practices, we sought to understand support relationships for alcohol and other drugs users within a multiprofessional team working in a CAPS-I in a medium-sized municipality. The current study is a qualitative research and was composed of a focus group and participant observations, from which it was possible to identify aspects that characterize the movement of professionals working in the service to receive the aforementioned demand. The results indicate that the team works in a fragmented way, without articulation with the users territory and with prioritization of individual and outpatient actions to the detriment of collective and community actions. Support takes place with centrality in medical interventions and the different specialties of the team at times only coexist. Regarding the central issue of the study, there does not seem to be any plan or execution of specific activities for the population with needs arising from the use of alcohol and other drugs, which indicate a need to review how psychosocial assistance network (RAPS) devices work to accommodate different demands properly. Emphasis is given to the importance of investing in strategies for ongoing health education, clinical and institutional supervision, and others that allow the work to take place on the lines of the extended clinic and approach the idea of transdisciplinarity.

Keywords: alcohol and other drugs; psychosocial assistance; multiprofessional team; teamwork.

Sumário

Sumário	8
Lista de Siglas	9
Capítulo 1. Introdução	10
Capítulo 2. “A prioridade nossa não é dependência química”: organização do trabalho e relações de cuidado em um CAPS-I	16
Capítulo 3. Considerações finais	43
Referências	47
Anexos	50

Lista de Siglas

AD – Álcool e Outras Drogas

CAAEE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

CFP – Conselho Federal de Psicologia

EIP – Educação Interprofissional

MP – Ministério Público

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAIUAD – Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas

PJ – Poder Judiciário

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSJ – Universidade Federal de São João del-Rei

Capítulo 1. Introdução

Intitula-se reforma psiquiátrica o processo que objetiva transformar o paradigma psiquiátrico e o modelo clássico de tratamento dos chamados ‘loucos’ (Tenório, 2002). As primeiras experiências de reformas psiquiátricas se deram no período que sucedeu a Segunda Guerra Mundial, quando a sociedade levantou questões com relação às condições de vida e saúde oferecidas aos pacientes psiquiátricos até então (Amarante, 2007). No Brasil, o movimento teve início na segunda metade da década de 1970, em contexto de restauração democrática, sendo baseado na crítica não só à conjuntura do sistema nacional de saúde mental vigente, mas também à forma de estruturação das instituições e do saber psiquiátrico, fundamentando-se no reclame dos direitos dos ditos doentes mentais (Amarante, 1995).

Caracterizada pela busca de promoção da cidadania dos sujeitos até então obrigatoriamente tutelados, a reforma psiquiátrica brasileira é obra de atores diferentes e que formam um campo heterogêneo de saberes e práticas, englobando ações sociais, políticas, jurídicas, culturais e clínicas, sendo um processo que continua em curso (Tenório, 2002).

Franco Basaglia (1924-1980), propulsor da experiência italiana que motivou processos de reforma psiquiátrica, propôs que os cuidados clínicos às pessoas em sofrimento mental se embasassem em princípios como participação social, democratização, acolhimento, transversalidade e corresponsabilização (Amarante, 2007). Basaglia preocupava-se não com as doenças, mas com as pessoas acometidas por elas, dando origem a uma clínica realizada e pensada de forma mais humanizada (Amarante, 2003).

Com concordâncias e divergências quanto às preocupações de Basaglia, em contexto brasileiro propôs-se que uma clínica que colabore com a promoção de autonomia e seja feita de forma compartilhada fosse denominada clínica ampliada ou clínica do sujeito (Campos, 2006). Tal reformulação da clínica trata-se de política pública que deve balizar os serviços de atenção psicossocial no Brasil e concebe as tecnologias do modelo clínico tradicional como complementares no âmbito da assistência em saúde mental, mas não toma a medicamentação e outros procedimentos médicos como principais técnicas, apostando na potência terapêutica de formas não convencionais de cuidado, que enfatizem o protagonismo social dos sujeitos, a promoção da autonomia dos mesmos e sua inserção na cidade. Aqui usuários e famílias são incluídos como potenciais cuidadores, além dos profissionais dos serviços (Lima, 2012; Oliveira e Caldana, 2016).

A clínica ampliada não ignora a doença como objeto, mas inclui neste âmbito o

próprio sujeito e seu contexto, numa tentativa de superar a fragmentação entre subjetividade, coletividade e corporeidade, a alienação e a hegemonia do saber biomédico tão presente na ‘clínica oficial’. Para tal, procura-se agir com base em projetos terapêuticos abrangentes que reconheçam o papel ativo do paciente no processo. Focaliza-se, ainda, a constituição de vínculo entre a clientela e os clínicos de referência e o diferencial é a preocupação com intervenções coletivas e com a complexidade do caso a caso. Em lugar de pensar em fatores de risco isolados, são realizadas intervenções individuais e na comunidade em busca de englobar as dimensões sociais, subjetivas e biológicas dos casos (Onocko-Campos e Campos, 2006).

Toma-se aqui saúde e doença como fenômenos sociais resultantes de interação de fatores internos e externos aos sujeitos ou coletividades em questão (Campos, 2006). Portanto, segundo Onocko-Campos (2001), considera-se clínica não só as práticas médicas, mas as práticas dos mais variados profissionais que atuam em contexto de trabalho com tratamento, diagnóstico, prevenção e reabilitação. Neste sentido, os processos de trabalho de equipes de saúde devem pautar-se nos benefícios gerados aos usuários, lançando mão de uma produção coletiva de cuidado, que seja ofertado de forma interdisciplinar e multiprofissional (Merhy, 1998). No entanto sabe-se que o movimento das equipes pode variar de acordo com critérios referentes a valoração desigual das diferentes ocupações, da flexibilidade da organização do trabalho, da forma como acontece a comunicação entre os profissionais, da autonomia dada aos mesmos e outros fatores.

Debates acerca de práticas colaborativas e formação compartilhada através da Educação Interprofissional (EIP) em saúde têm sido levantados a partir de documentos, como o da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), e estudos acadêmicos (Araújo, Vasconcelos, Pessoa e Forte, 2017; Batista, 2012). As discussões sobre vivências de grupos interprofissionais são atuais e enfatizam a importância da troca entre os diferentes núcleos de saber desde os momentos de formação. Tais estratégias podem proporcionar melhoria na convivência com o outro, maior conhecimento de outras disciplinas, construção de relações mais inclusivas e respeito às singularidades. Além disto, a EIP busca desenvolver práticas de cuidado a partir das necessidades concretas da população atendida, e considera a possibilidade de também investir em capacitação de cuidadores e pacientes (Barr e Low, 2013).

Como fruto do trabalho multiprofissional, ou seja, de múltiplas práticas e saberes, espera-se que as abordagens profissionais se comprometam para que sejam cada vez mais colaborativas e alcancem a maior integralidade possível (Cecílio, 2001). A integralidade,

como diretriz básica constituinte do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, é ratificada na Lei nº 10.216, promulgada em 2001 e conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Além da garantia de assistência integral a usuários de serviços de saúde mental, a referida Lei preconiza a universalidade de acesso aos mesmos, bem como determina que os serviços sejam estruturados mais próximos do convívio social dos sujeitos assistidos, de modo a materializar um modelo descentralizado de atendimento, viabilizando o acesso (Alarcon, Belmonte e Jorge, 2012).

A ideia de que serviços sejam localizados na comunidade e que não retirem os usuários de perto de suas redes sociais é parte da noção de território, que compõe diretrizes e normas de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Pode-se dizer que a implementação de dispositivos substitutivos resulta do intenso movimento de reforma psiquiátrica no país e busca expor a possibilidade de que a atenção a sujeitos em sofrimento mental se dê fora do mandato social da Psiquiatria e fora de instituições fechadas. O novo contexto de ações de cuidado passa a exigir que sejam redefinidas as práticas não só psiquiátricas, mas também dos demais saberes envolvidos no modo de atenção psicossocial (Costa-Rosa, 2013).

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço de assistência em saúde mental cujas diretrizes e normas são definidas a partir da Portaria 336 do Ministério da Saúde (MS), trata-se de um dispositivo essencial na composição do modo de atenção psicossocial e da reforma psiquiátrica brasileira, ainda que outros serviços substitutivos tenham sido implementados – como leitos psiquiátricos em hospitais gerais e residências terapêuticas, por exemplo – e que ressalte-se a relevância de uma rede integrada de ações e serviços. Os CAPS devem articular suas ações em território predeterminado, prestando atendimento clínico de atenção diária, de modo a evitar internações e ampliar a resolutividade (Souza, 2015). A proposta deste tipo de serviço, como dispositivo da reforma psiquiátrica, é de produzir rupturas com o modelo médico-psicológico pautado na ideia de cura, com o modo asilar de tratamento e com a centralização nas práticas psiquiátricas (Ramôa, Felício, Ferraz, e Lessa, 2012).

Os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad) funcionam no mesmo molde, mas são responsáveis por articular ações de saúde mental especificamente no cuidado a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas (AD) (Souza, 2015). Porém, como critério definido na Portaria 336, tais serviços possuem capacidade operacional para atuar somente em municípios cuja população seja superior a 70.000 habitantes, o que faz com que em municípios com menor densidade populacional

haja indicação de que o CAPS-I assumira todas as demandas em saúde mental, inclusive necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Em 2003 foi lançada pelo MS a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD). A partir desse documento, a questão passou a ser tratada não pelo viés do controle e da repressão, mas deu-se lugar central à redução de danos (RD), posta como diretriz do cuidado a usuários AD, visto que trata-se de uma abordagem que focaliza a liberdade de escolha dos sujeitos, que podem decidir por não cessar o uso de drogas (Brasil, 2003; Machado e Miranda, 2007).

Depreende-se que substituição do modelo hospitalocêntrico ou desospitalização não significam necessariamente desinstitucionalização. Mas, se profissionais e gestores se esforçam por praticar o que é preconizado pela PAIUAD, municípios que possuem um serviço especializado como o CAPSad compondo a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) podem apresentar diversos ganhos. Entende-se a complexidade da demanda de pessoas que apresentam sofrimento decorrente do uso de drogas, o que justifica a necessidade de serviços especializados para tratá-las e de equipes capacitadas para ofertar acesso a um cuidado integral em saúde (MS, 2015a).

De acordo com dados de saúde mental disponibilizados em meio eletrônico pelo MS, em todo o território brasileiro há 2.341 CAPS para atender à demanda de 5.570 municípios. Destes CAPS, somente 406 seriam especializados no cuidado a usuários AD, sendo distribuídos em 326 cidades. Ou seja, menos de 6% dos municípios brasileiros contariam com um CAPSad compondo a RAPS (MS, 2015b).

Diante do exposto, identifica-se um possível descompasso no que se refere à oferta de cuidado a sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas em municípios com menos de 70 mil habitantes. O acolhimento de demandas AD em CAPS-I trata-se de realidade muito presente em diversas cidades – sendo que algumas não contam sequer com o CAPS-I –, questão que merece ser levantada através de estudos acadêmicos, dada a pouca visibilidade de municípios de médio e pequeno porte neste campo. Em tais contextos, se os CAPS de atendimento geral não oferecem atenção especializada, de que forma a demanda AD é acolhida e tratada pela equipe multiprofissional? Como são pensadas as atividades terapêuticas para dois grupos compostos por necessidades de cuidado, em tese, distintas?

Objetivando responder a tais questões, buscou-se compreender as relações de cuidado a usuários AD numa equipe multiprofissional atuante em um CAPS-I de município mineiro de médio porte. O Capítulo 2 condensa os resultados do estudo em questão, sem o intuito de esgotar a temática, mas de contribuir para promoção de reflexões

e discussões sobre a forma como atualmente é ofertado, no âmbito das políticas públicas, o cuidado a pessoas que apresentam necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

1.1 Objetivos

Geral: Compreender as relações de cuidado a usuários AD numa equipe multiprofissional atuante em um CAPS-I de um município mineiro de médio porte.

Específicos:

- Identificar quais são e como se definem as atribuições dos membros da equipe no cotidiano do cuidado a usuários AD no CAPS em estudo.
- Apontar concepções presentes entre os participantes acerca do trabalho em equipe no âmbito da saúde mental.
- Identificar as tecnologias de cuidado empregadas no acolhimento da demanda referente a usuários AD que chega ao serviço.
- Compreender como a equipe multiprofissional percebe o papel dos usuários do serviço e das famílias no cuidado.
- Identificar como se estabelecem as relações do serviço com a comunidade em prol do cuidado aos usuários AD.

1.2 Metodologia

O presente estudo aconteceu dentro de um CAPS-I de município mineiro de médio porte. Tal serviço funciona junto de um ambulatório de saúde mental e compõe a RAPS da cidade desde 1989. A princípio recebia o nome de Núcleo de Saúde Mental, tornando-se Núcleo de Atenção Psicossocial em 1991 e passando a ser CAPS-I em 2004. Atualmente funciona ‘de portas abertas’ diariamente das 7h às 17h e conta com 25 pacientes em permanência-dia. Os usuários chegam ao dispositivo através de encaminhamentos de outros serviços da rede socioassistencial, mas também é acolhida a demanda espontânea.

Para construção dos dados do presente estudo foi realizado um grupo focal com profissionais do CAPS-I em questão e observações participantes. Durante o grupo focal contou-se com a participação de quatro psicólogos (uma delas também coordenadora), uma assistente social, uma enfermeira e um técnico de enfermagem que atualmente atua como referência técnica em saúde mental. As observações participantes englobaram momentos de oficinas e reuniões de equipe.

A pesquisa contou com os cuidados éticos necessários, tendo sido aprovada pelo

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ (CAAE: 89325718.0.0000.5151). Os participantes do grupo focal assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo informações sobre a participação. Os dados de caracterização dos profissionais e o conteúdo transcrito se encontram sob a guarda da pesquisadora, sendo garantidos a confidencialidade e o sigilo.

A análise dos dados aconteceu por meio da análise de conteúdo temática, tendo se concentrado em dois grandes eixos temáticos: “organização do trabalho em saúde” e “relações de cuidado”. O material construído para responder às questões da pesquisa foi submetido a uma análise baseada no referencial teórico delimitado, realizando-se um diálogo entre os temas emergentes durante o processo e a literatura existente. Os resultados do estudo se concentram no Capítulo 2, construído em formato de artigo, conforme Resolução nº 01, de 20 de Outubro de 2016 do PPGPSI-UFSJ.

“A prioridade nossa não é dependência química”: organização do trabalho e relações de cuidado em um CAPS-I¹

Resumo

A ausência de serviços abertos especializados para acolhimento de sujeitos com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas é realidade comum em diversas cidades brasileiras. Buscou-se compreender como acontecem as relações de cuidado a usuários de drogas em um CAPS-I de município de médio porte. Foram realizadas observações participantes e um grupo focal com profissionais atuantes no serviço. Os resultados apontam para duas categorias centrais de análise: (i) organização do trabalho em saúde: fragmentação pelo especialismo e divergência entre concepções e práticas, e (ii) relações de cuidado: a continuidade da luta antimanicomial e os entraves para a promoção de autonomia. Identifica-se um modelo de cuidado cristalizado e uma priorização de estratégias terapêuticas baseadas na atenção ambulatorial, indicando necessidade de aprofundamento em novos estudos a respeito do trabalho em rede e a partir do ponto de vista dos usuários.

Palavras-chave: Álcool e outras drogas. Atenção psicossocial. Trabalho em equipe.

Resúmen

La ausencia de servicios abiertos especializados para acogida de sujetos con necesidades derivadas del uso de alcohol y otras drogas es una realidad común en diversas ciudades brasileñas. Se buscó comprender cómo ocurren las relaciones de cuidado a usuarios de drogas en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS-I) de municipio mediano. Se

¹ Artigo a ser submetido para avaliação na revista *Salud & Sociedad*, incorporando sugestões da banca de defesa de dissertação. O texto a ser submetido foi enviado para avaliação aos membros da banca, porém não foi incluído na versão da dissertação disponibilizada no Catálogo de Teses & Dissertações - CAPES. Esse procedimento visa garantir a originalidade e a avaliação cega entre pares, em conformidade com as diretrizes éticas vigentes da publicação científica.

realizaron observaciones participantes y un grupo focal con profesionales actuantes en el servicio. Los resultados apuntan a dos categorías centrales de análisis: (i) organización del trabajo en salud: fragmentación por el especialismo y divergencia entre concepciones y prácticas, y (ii) relaciones de cuidado: la continuidad de la lucha antimanicomial y los obstáculos para la promoción de autonomía. Se identifica un modelo de cuidado cristalizado y una priorización de estrategias terapéuticas basadas en la atención ambulatoria, indicando la necesidad de profundizar en nuevos estudios acerca del trabajo en red y desde el punto de vista de los usuarios.

Palabras clave: Alcohol y otras drogas. Atención psicosocial. Trabajo en equipo.

Abstract

The absence of specialized services for the assistance of individuals with needs due to the use of alcohol and other drugs is a common reality in several Brazilian cities. It was sought to understand how care to drug users relationships occur in a psychosocial support center (CAPS-I) in a medium-sized municipality. Participant observations and a focus group were performed with professionals working in the service. The results point to two central categories of analysis: (i) organization in health work: fragmentation by specialism and divergences between conceptions and practices, and (ii) continuance of the anti-asylum movement and obstacles to the promotion of autonomy. It was identified a crystallized assistance model and a prioritization of therapeutic strategies based on outpatient care, indicating the need to deepen new studies about network and from the point of view of users.

Keywords: Alcohol and other drugs. Psychosocial support. Teamwork.

Capítulo 3. Considerações finais

As transformações na forma de tratar de sujeitos em sofrimento mental trouxeram à tona a necessidade de se trabalhar com base em tecnologias de cuidado que visem a promoção da autonomia destas pessoas, a partir do respeito ao tempo de cada um e da premissa de que chega-se onde o paciente deseja e não onde a equipe técnica estabelece. A clínica ampliada propõe que os indivíduos e coletividades sejam postos como agentes presentes e ativos na rede de cuidados e que a tomada de decisões se dê de forma compartilhada, tomando-se família e comunidade como parceiras da ciência (Lima, 2012; Oliveira e Caldana, 2016), o que se assemelha ao exemplo do projeto terapêutico ideal proposto por Merhy e Franco (2003), que concebe o sujeito do cuidado também como produtor de saúde, podendo assumir atos cuidadores e geradores de autonomia.

Porém, apesar do prescrito, ainda hoje acontece de serviços abertos continuarem a empreender procedimentos cristalizados no trabalho em saúde mental e priorizarem um modelo de cuidado centrado em medicação e psicoterapia, como o que pauta as ações no contexto estudado. Nota-se que práticas estereotipadas reproduzem a lógica manicomial de tratamento, mantêm estigmatizados e institucionalizados os considerados loucos (o que inclui usuários AD) e, em concordância com Severo e Dimenstein (2011), tendem a trazer sérios prejuízos à promoção de autonomia aos sujeitos.

A dicotomização do trabalho em equipe e outras práticas cristalizadas compõem o rol de desafios persistentes em serviços de atenção psicossocial, dificultando e por vezes impedindo que os sujeitos recebam cuidado integral, sendo esta uma realidade frequente em serviços que compõem a RAPS. Diante do atual cenário, em que a articulação de atividades assistenciais e preventivas para o alcance da integralidade plena é um desafio constante, colocando-se fundamentalmente como uma imagem-objeto, o questionamento da predominância do saber biomédico e a troca de informações e experiências entre as múltiplas dimensões da saúde são essenciais para construção de novos saberes e práticas (Mattos, 2004; Otenio, Nakama, Lefèvre e Lefèvre, 2008).

No entanto, como explicitam Peduzzi e Ciampone (2009), apesar de ser consensual no setor saúde atualmente, o trabalho em equipe por vezes se confunde com a restrita coexistência de diferentes profissionais que compartilham a clientela num mesmo espaço de atuação, o que caracteriza um impasse, visto que impede que se alcance a integralidade da atenção à saúde.

Ao investigar como acontecem as relações de cuidado AD dentro de um CAPS-I, observou-se que, apesar de haver, no âmbito das políticas públicas, ênfase na equipe de

saúde em detrimento das ações isoladas, isto não significa ruptura com práticas centralizadas no saber médico (Araújo e Rocha, 2007). Somente a existência de equipes multiprofissionais atuando dentro dos serviços substitutivos não parece garantir que o modo de atenção psicossocial e a clínica ampliada se consolidem. Percebe-se que, no CAPS-I investigado, os usuários não têm acesso ao cuidado integral e que a cultura da comunicação entre as diferentes práticas e saberes presentes na equipe se dá de forma verticalizada, o que incentiva um cuidado de caráter individualizado.

Quanto à individualização, à dicotomização e ao lugar central em que é posto o saber médico, o cuidado a pessoas que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas não difere de outras demandas em saúde e necessita um olhar diferenciado da prática tradicional, ou seja, que passe pelo viés da clínica ampliada. O recente aumento na quantidade de atendimentos em saúde mental por uso de substâncias se deu de acordo com a ampliação dos CAPS e do surgimento de outras estratégias em nível nacional, com destaque para o Programa Crack é Possível Vencer. Tais ações promoveram uma maior abertura para acolhimento deste tipo de demanda, sendo que o uso de álcool desde o início da implantação dos CAPS permaneceu como a queixa mais frequente entre aquelas que envolviam o uso de algum tipo de droga (MS, 2015b).

Entretanto, apesar da maior abertura, a referida demanda segue sendo depositada em serviços que não são especializados, a exemplo do trabalho no CAPS-I/ambatório, que alimenta diversas queixas por parte dos profissionais. Além da permanente supremacia médica e da fragmentação da produção do cuidado, o acolhimento das diferentes necessidades em saúde mental impõe que profissionais das políticas públicas lidem com sobrecarga e acúmulo de atividades, o que favorece que ações sejam planejadas e executadas de forma individualizada (Otenio et al, 2008).

Conforme apontam Peduzzi e Ciampone (2009), apesar das especificidades e imprecisões no uso de certas terminologias referentes ao trabalho em equipe no campo da saúde, há concordância entre os autores a respeito da questão central, ou seja, a importância da cooperação, do diálogo e de discursos legíveis e claros entre os profissionais atuantes numa equipe. Tal ideia é tomada como primordial para que cada membro se familiarize com a diversidade de conhecimentos e seja capaz de promover reflexões e construção coletiva de intervenções, tanto em nível micro (dentro dos serviços, como fruto do trabalho multiprofissional) como macro (referente ao trabalho em rede) (Cecílio, 2001; Iribarry, 2003). Aqui compreende-se a necessidade de investir em estratégias que se aproximem da ideia de transdisciplinaridade, que possibilitem a

construção de espaços coletivos de discussão, projetos e planos de ação compartilhados, execução e avaliação das intervenções e outras práticas que são parte da lógica da clínica ampliada (Ferreira, Varga e Silva, 2009).

Tais ações podem contribuir para reformulação de concepções de profissionais e gestores e culminar em aprimoramento das políticas de saúde. Assim espera-se que seja possível despertar a noção de complementaridade e responsabilidade mútua entre os profissionais, de modo a evitar a priorização de estratégias de intervenção padronizadas, a dicotomização do cuidado, barreiras individuais e posturas omissas frente ao desconhecimento (Martins et al, 2011; Otenio et al, 2008).

Conforme exposto no Capítulo 2, no CAPS-I estudado o trabalho acontece de forma fragmentada e mecanizada, com pouca reflexão acerca da prática, inexistência de responsabilização coletiva pela produção de cuidado, ações acontecendo sem continuidade ou articulação entre os campos de conhecimento e com priorização das tecnologias duras. Ainda que os profissionais tenham a potencialidade para construir espaços onde predomine o trabalho vivo, em ato (Cecílio, 2001), deparam-se com limitações pessoais e referentes à formação, bem como entraves institucionais que impossibilitam e/ou geram desmotivação para implantar mudanças concretas na oferta da atenção.

Nota-se que o contexto estudado se assemelha aos de outras pesquisas acima citadas, o que faz entender que a problemática não se restringe ao município em questão, mas abrange a política de saúde mental em nível macro. Cabe enfatizar a semelhança da presente investigação com estudos como o de Araújo e Galimberti (2013), que traz à tona dificuldades na consolidação de práticas colaborativas em serviços onde prioriza-se a racionalidade médica, e o de Severo e Dimenstein (2011), que enfatiza a necessidade de revisão dos serviços ambulatoriais, bem como de políticas e dispositivos que compõem a RAPS, já que, em vários contextos, apresentam-se insuficientes e retrógrados com relação às novas necessidades de cuidado.

Conforme exposto, as transformações na assistência em saúde mental são um marco da luta antimanicomial, mas novos avanços dependem antes de mudanças nas concepções sociais sobre o sofrimento mental e uso de álcool e outras drogas, nas relações de poder que se reproduzem dentro dos serviços e, principalmente, no investimento em formação dos profissionais para que problematizem práticas enrijecidas e atuem como reais agentes da reforma psiquiátrica (Santos, Oliveira e Yamamoto, 2009). Aqui tem-se em vista o atual cenário, as dificuldades cotidianas e leva-se em conta que a luta antimanicomial trata-se de um processo que permanece em movimento, com retrocessos e avanços de acordo com

cada conjuntura. Assim sendo, faz-se imprescindível lutar por reformas nos serviços que ofertam cuidado em saúde mental no Brasil e em prol de práticas menos cronicadoras, que podem impedir os afetos entre atores envolvidos e reduzir o trabalho das equipes a práticas burocráticas, precarizando as ações (Amorim e Lavrador, 2017).

Se o saber e a prática cotidianos não forem constantemente revistos, corre-se o risco de comprometer a promoção de autonomia e produzir dentro dos CAPS sujeitos dependentes e institucionalizados de forma análoga ao tratamento ofertado em instituições com características asilares (Lacerda e Fuentes-Rojas, 2017; Ramôa, Felício, Ferraz, e Lessa, 2012).

A presente investigação se trata de um estudo referente uma realidade de oferta de cuidados a usuários AD. Destaca-se que, apesar do recorte, as análises apontam para a necessidade de ampla revisão do atual funcionamento dos serviços da RAPS em geral. O contexto explorado se assemelha a estudos anteriores no campo e provoca o interesse em pesquisar de forma mais abrangente serviços gerais que acolhem demandas específicas. Nesse sentido, depreende-se que são necessárias novas investigações acerca do trabalho em rede em municípios de médio e pequeno porte, bem como estudos que enfatizem os discursos e itinerários da população atendida.

Referências²

- Alarcon, S.; Belmonte, P. R. e Jorge, M. A. S. (2012). O Campo de Atenção ao Dependente Químico. In S. ALARCON e M. A. S. JORGE (Orgs.). *Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. D. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. D. (2003) A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In P. D. AMARANTE (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Amarante, P. D. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Araújo, E. M. D. e Galimbertti, P. A. (2013). A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família interprofissional. *Psicologia e Sociedade*, 25(2), 461-468.
- Araújo, M. B. S. e Rocha, P. M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2), 455-464.
- Araújo, T. A. M.; Vasconcelos, A. C. C. P.; Pessoa, T. R. R. F. e Forte, F. D. S. (2017) Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)*, 21(62), 601-613.
- Barr, H. e Low, H. (2013). *Introdução à Educação Interprofissional*. Fareham: CAIPE.
- Batista, N. A. (2012). Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Caderno FNEPAS*, 2, 25-28.
- Brasil. Ministério da Saúde (2003). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde (2015a). *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2015b). *Saúde Mental em Dados – 12*. Brasília.
- Campos, G. W. S. (2006). Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e Reformulação Ampliada do Trabalho em Saúde. In G. W. S. CAMPOS, M. C. S. MINAYO, M. AKERMAN, M. DRUMOND-JÚNIOR e Y. M. CARVALHO (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2007). *Saude Paideia*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Cecílio, L. C. O. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In R. PINHEIRO e R. A. MATTOS (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO.

² Relativas aos Capítulos 1 e 3.

Costa-Rosa, A. (2013). *Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: Contribuições a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva*. São Paulo: Editora Unesp.

Ferreira, R. C.; Varga, C. R. R. e Silva, R. F. (2009). Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1): 1421-1428.

Iribarry, I. N. (2003). Aproximações sobre a Transdisciplinaridade: Algumas Linhas Históricas, Fundamentos e Princípios Aplicados ao Trabalho de Equipe. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), 483-490.

Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. 2001.

Lima, R. C. C. (2012). Políticas Sociais Públicas e a Centralidade da Família: implicações para a assistência na área de álcool e outras drogas. In S. ALARCON e M. A. S. JORGE (Orgs.). *Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Machado, A. R. e Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 14(3), 801-821.

Martins, V. M. F.; Munari, D. B.; Tipple, A. F. V.; Bezerra, A. L. Q.; Leite, J. L. e Ribeiro, L. C. M. (2011). Forças impulsoras e restritivas para trabalho em equipe em um Centro de Material e Esterilização de hospital escola. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(5), 1183-1190.

Mattos, R. A. (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1411-1416.

Merhy, E. E. (1998). A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde – uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In A. T. REIS, A. F. SANTOS, C. R. CAMPOS, D. C. MALTA e E. E. Merhy (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã.

Merhy, E. E. e Franco, T. B. (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, 27(65), 316-323.

Oliveira, T. T. S. S. e Caldana, R. H. L. (2016). Psicologia e práticas psicossociais: narrativas e concepções de psicólogos de centros de atenção psicossocial. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2), 22-44.

Onocko-Campos, R. T. (2001). Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, 25(58), 98-111.

Onocko-Campos, R. T. e Campos, G. W. S. (2006). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In G. W. S. CAMPOS, M. C. S. MINAYO, M. AKERMAN, M. DRUMOND-JÚNIOR e Y. M. CARVALHO (Orgs.). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Editora Hucitec.

Organização Mundial da Saúde (2010). *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. Genebra: Editora Freelance.

Otenio, C. C. M.; Nakama, M.; Lefèvre, A. M. C. e Lefèvre, F. (2008). Trabalho Multiprofissional: representações em um serviço público de saúde municipal. *Saúde e Sociedade*. 17(4), 135-150.

Peduzzi, M. e Ciampone, M. H. T. (2009). Trabalho em equipe. In J. C. F. LIMA e I. B. PEREIRA (Coord.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Portaria n. 336, de 19 fevereiro de 2002 (2002). *Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial*. Recuperado em 09 de novembro, 2017, de http://saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_251.pdf

Ramôa, M. L.; Felício, L. C.; Ferraz, M. A. S. e Lessa, R. L. (2012). Integralidade e Interdisciplinaridade: o movimento de desconstrução da cultura asilar a partir da experiência do Caps ad de Paracambi. In S. ALARCON e M. A. S. JORGE. *Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Severo, A. K. e Dimenstein, M. (2011). Rede e intersetorialidade na atenção psicossocial: contextualizando o papel do ambulatório de saúde mental. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 640-655.

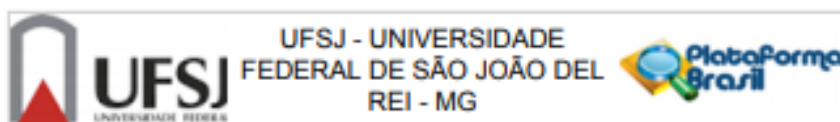
Santos, Y. F.; Oliveira, I. M. F. F. e Yamamoto, O. H. (2009). O ambulatório de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica em Natal, RN. *Psicologia Argumento*, 27(59), 313-322.

Souza, D. P. O. (2015). Políticas Sobre Drogas e Redes Sociais: Desafios e Possibilidades. In E. A. SILVA, Y. G. MOURA e D. K. ZUGMAN. *Vulnerabilidades, Resiliência, Redes: Uso, Abuso e Dependência de Drogas*. São Paulo: Red Publicações.

Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 9(1), 25-59.

Anexos

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Conselho de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As Relações de Cuidado em um CAPS-I: Como a Lógica da Clínica Ampliada se Aplica a Usuários de Drogas?

Pesquisador: Maria Paula Naves Vasconcelos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 89325718.0.0000.5151

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

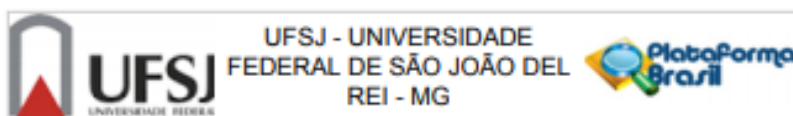
Número do Parecer: 2.832.291

Apresentação do Projeto:

Concepções estigmatizantes e repressoras têm espaço privilegiado quando trata-se do fenômeno do uso de álcool e outras drogas na sociedade contemporânea. A autora relata que o que motivou no contato com o tema foi o fato de ter um familiar envolvido com as drogas. Posteriormente a mesma fez um breve histórico sobre a importância da pesquisa na sua vida e para sua formação. Fazendo uma boa explanação sobre a criação e a ampliação do CAPSad recém-inaugurado no contexto de São João del-Rei.

Os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSad) funcionam no mesmo molde, mas são responsáveis por articular ações de saúde mental especificamente no cuidado a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas (Souza,2015). Porém, como critério definido na Portaria 336, tais serviços possuem capacidade operacional para atuar somente em municípios cuja população seja superior a 70.000 habitantes, o que faz com que em municípios com menor densidade populacional haja indicação de que o CAPS-I assuma todas as demandas em saúde mental, inclusive necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Em 2003 foi lançada pelo Ministério da Saúde a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. A partir desse documento, a questão passou a ser tratada não pelo viés do controle e da repressão, mas deu-se lugar central à redução de danos, posta como diretriz do cuidado a usuários de drogas, visto que trata-se de uma abordagem que focaliza a liberdade de escolha dos sujeitos, que podem decidir por não cessar o uso de drogas (Brasil).

Endereço: Praça Dom Helvécio, 74 - Sala 2-56
 Bairro: Fábricas CEP: 36.307-352
 UF: MG Município: SAO JOAO DEL REI
 Telefone: (32)3379-5598 E-mail: cep@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 2.822.281

2003a; Machado & Miranda, 2007). Compreendese

que a mera proliferação de serviços especializados não garante o acesso e a qualidade da assistência a usuários de álcool e outras drogas. Substituição do modelo hospitalocêntrico ou desospitalização não significam necessariamente desinstitucionalização. Se o saber e a prática cotidianos não forem revistos, corre-se o risco de produzir dentro dos CAPS sujeitos igualmente institucionalizados (Ramôa, Felício, Ferraz, & Lessa, 2012). Mas, se profissionais e gestores se esforçam por praticar o que é preconizado pela Política,

municípios que possuem um serviço especializado como o CAPSad compoem a rede de atenção a usuários de drogas podem apresentar diversos ganhos. Entende-se a complexidade da demanda de pessoas que apresentam sofrimento decorrente do uso de drogas, o que justifica a necessidade de serviços especializados para tratá-las e de equipes capacitadas para ofertar acesso a um cuidado integral em saúde (Ministério da Saúde, 2015). Diante do exposto, identifica-se um possível descompasso no que se refere à oferta de cuidado a sujeitos que fazem uso de álcool e outras drogas em municípios com menos de 70.000 habitantes. O acolhimento de demandas de álcool e outras drogas em CAPS-I trata-se de realidade muito presente em diversas cidades – sendo que algumas não contam sequer com o CAPS-I, questão que merece visibilidade por estudos acadêmicos. Se os CAPS de atendimento geral não oferecem atenção especializada neste âmbito, de que forma a demanda de álcool e outras drogas é acolhida e tratada pela equipe multiprofissional?

Como são pensadas as atividades terapêuticas para dois grupos compostos por necessidades de cuidado, em tese, distintas? Como a lógica da clínica ampliada se aplica a usuários de drogas?

Objetivo da Pesquisa:

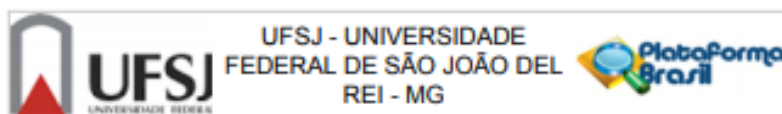
Objetivo Primário:

Compreender as relações de cuidado a usuários de álcool e outras drogas dentro de uma equipe multiprofissional atuante em um CAPS-I, a partir da lógica da clínica ampliada.

Objetivo Secundário:

- Identificar quais são e como são definidas as atribuições dos membros da equipe multiprofissional no cotidiano do cuidado a usuários de álcool e outras drogas no CAPS em estudo.
- Apontar concepções presentes entre os atores acerca do trabalho em equipe no campo da saúde mental.
- Identificar as tecnologias de cuidado empregadas no acolhimento da demanda referente a usuários de álcool e outras drogas que chega ao serviço.

Endereço: Praça Dom Helvécio, 74 - Sala 2-56
 Bairro: Fáblicas CEP: 36.307-352
 UF: MG Município: SAO JOAO DEL REI
 Telefone: (32)3379-5598 E-mail: cepsj@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 2.832.291

- Compreender como a equipe multiprofissional percebe o papel do usuário do serviço e famílias no cuidado no que tange a corresponsabilização.
- Identificar como se estabelecem as relações do serviço com a comunidade em prol do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

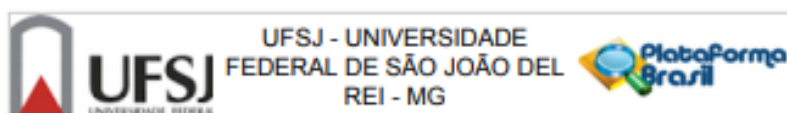
Como toda ação humana, os procedimentos adotados para realização do presente estudo envolverão riscos aos participantes, porém os cuidados possíveis serão tomados para que estes sejam minimizados. Por exemplo, será dada prioridade a que o grupo focal aconteça em local neutro, de fácil acesso, que ofereça conforto e privacidade e esteja livre de interferências de ruídos externos. Sendo assim, será necessário que os profissionais do CAPS-I se desloquem para que possam participar, o que pode gerar desconforto. No entanto, as informações sobre horário, local e duração serão previamente acordadas com todos os participantes, buscando contemplar suas necessidades. Pelo fato do estudo acontecer entre membros de uma mesma equipe de trabalho, pode acontecer de as questões levantadas durante o grupo focal suscitarem desconfortos e constrangimentos referentes às relações institucionais. Porém, a partir da mediação da pesquisadora, o grupo focal poderá ser usado como ambiente de definição conjunta de soluções para conflitos e desacordos, podendo, inclusive, encorajar os participantes a defender suas concepções. Ainda, durante o grupo focal os mesmos podem se deparar com cansaço e tédio. No entanto, os

participantes poderão decidir por não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento, bem como poderão ter todas as informações que quiserem a respeito do estudo. Também será ressaltado durante o processo que o município não será identificado e os nomes dos mesmos não aparecerão em qualquer momento da pesquisa, visto que serão identificados com números, de modo a manter o caráter sigiloso.

Benefícios:

Pela participação os profissionais não receberão qualquer valor em dinheiro, mas terão a garantia de que as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. As informações construídas a partir da pesquisa poderão contribuir para o desenvolvimento de estratégias e reformulação de práticas no campo do cuidado a usuários de álcool e outras drogas, o que pode favorecer inclusive o contexto de trabalho dos envolvidos. A técnica do grupo focal, como instrumento de aplicação coletiva, possibilita o alcance de reflexões que poderiam permanecer inexploradas por outra forma de coleta de dados, podendo suscitar debates em torno

Endereço: Praça Dom Helvécio, 74 - Sala 2-56
 Bairro: Fábricas CEP: 36.307-352
 UF: MG Município: SAO JOAO DEL REI
 Telefone: (32)3379-5598 E-mail: cepsj@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 2.832.291

de diferentes perspectivas e, inclusive, revisão de práticas. Sendo assim, a equipe poderá tirar proveito imediato das discussões levantadas, e não só após a apresentação dos resultados do estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As recomendações sobre adequação do TCLE foram acatadas e o mesmo foi modificado.

E o termo do pesquisador principal não é necessário, haja visto que o mesmo é seu orientador, o que ficou mais claro no TCLE.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram apresentados, e realizadas as adequações necessárias conforme solicitação.

O cronograma foi acrescentado o ano de execução das atividades a serem realizadas.

TCLE realizada adequações sobre a escrita.

Recomendações:

O projeto de pesquisa: As Relações de Cuidado em um CAPS-I: Como a Lógica da Clínica Ampliada se Aplica a Usuários de Drogas? está adequado e atende a todas as normas da Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

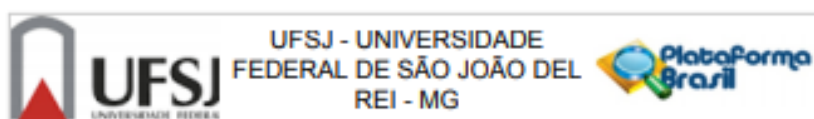
Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto de pesquisa intitulado "As Relações de Cuidado em um CAPS-I: Como a Lógica da Clínica Ampliada se Aplica a Usuários de Drogas?", e os documentos apresentados estão em consonância com princípios presentes na Resolução no. 466/12 e na Norma Operacional no 001/2013 no protocolo de pesquisa submetido ao CEP.SJ. Somos portanto de parecer favorável à APROVAÇÃO do referido projeto e documentações. Informamos que o pesquisador deverá anexar à Plataforma Brasil o relatório final da pesquisa e os resultados obtidos, publicados e/ou encaminhados às instituições colaboradoras e entidades representantes da sociedade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1096536.pdf	03/07/2018 19:30:59		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisadora.pdf	03/07/2018 19:30:42	Maria Paula Neves Vasconcelos	Aceito

Endereço: Praça Dom Helvídio, 74 - Sala 2-56
 Bairro: Fábricas CEP: 36.307-352
 UF: MG Município: SAO JOAO DEL REI
 Telefone: (32)3379-2598 E-mail: cepaj@ufsj.edu.br



Continuação do Parecer: 2.822.291

Cronograma	Cronograma.pdf	03/07/2018 18:44:19	Maria Paula Naves Vasconcelos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	03/07/2018 18:39:42	Maria Paula Naves Vasconcelos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/07/2018 18:27:17	Maria Paula Naves Vasconcelos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Instituicao.jpg	29/04/2018 18:43:21	Maria Paula Naves Vasconcelos	Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	18/04/2018 21:57:27	Maria Paula Naves Vasconcelos	Aceito
Folha de Rosto	Scan_20180409_150543.pdf	09/04/2018 21:55:09	Maria Paula Naves Vasconcelos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO JOAO DEL REI, 20 de Agosto de 2018

Assinado por:
Jacqueline Domingues Tibúrcio
(Coordenador)

Endereço: Praça Dom Helvécio, 74 - Sala 256
Bairro: Fábrias CEP: 36.307-352
UF: MG Município: SAO JOAO DEL REI
Telefone: (32)3379-5598 E-mail: cnpq@ufsj.edu.br

Apêncices

Apêndice A – ROTEIRO DE GRUPO FOCAL

Cuidado a usuários de álcool e outras drogas no CAPS-I

1. Dados de caracterização dos participantes

Nome: _____ Sexo: F() M()

Idade: _____ Tempo de trabalho com saúde mental: _____

Profissão: _____ Tempo de trabalho no CAPS: _____

2. Questões norteadoras

- Quais estratégias vocês conhecem pra cuidar de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas?
- O que é oferecido dentro do CAPS pra cuidar destas pessoas?
- Como vocês percebem o papel do usuário nesse processo (cuidado a usuários de drogas)?
- E da família? E da comunidade em geral?
- Pra vocês o que é trabalho em equipe?
- Com quais desafios e limites se deparam na prática?
- Vocês poderiam relatar como foi a condução de um caso recente de cuidado de alguém com problemas decorrentes do uso de drogas?