

CURSO DE PSICOLOGIA

Valquíria Frühauf Pereira

**GRUPO DE PRÉ-INTERNAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS EM UM
CAPS: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO**

Santa Cruz do Sul
2017

Valquíria Frühauf Pereira

**GRUPO DE PRÉ-INTERNAÇÃO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS EM UM
CAPS: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul como tarefa integrante da disciplina de Trabalho de Curso II.

Professora Orientadora: Gisele Santin

Santa Cruz do Sul
2017

“Sonhar, nunca desistir
Ter fé, pois fácil não é nem vai ser
Tentar até se esgotar suas forças
Se hoje eu tenho quero dividir
Ostentar pra esperança levar e o mundo sorrir”
Sonhar – MC Gui

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas estiveram ao meu lado durante este percurso, tenho muito a agradecer a todos, pois cada um com seu jeito, me incentivou para a concretização deste trabalho. Primeiramente, quero agradecer a *Gisele Santin*, minha orientadora, que sempre esteve comigo, me escutando, me aconselhando com sua tranquilidade.

À minha família, por sempre estar ao meu lado, sem vocês eu não chegaria aqui. À minha mãe *Elisabethe*, ao meu pai *Sílvio* e meu irmão *Ramon*, pela disponibilidade de me escutar, pelo carinho e amor a mim depositados.

Ao *Lucas*, meu namorado, pelo companheirismo, por tornar as coisas mais suaves, por me fazer rir em momentos de angústia, por entender minha ausência em determinados momentos e, principalmente, por acreditar em mim.

Aos meus amigos, presentes da Universidade, *Cristiane*, *Douglas*, *Caroline* e *Cibeli*, por estarmos juntos nessa caminhada, pelas risadas inacabáveis, dividindo nossas aflições em comum, seja pessoalmente ou via whatsapp, vocês foram fundamentais para tornar essa escrita mais leve, obrigada!

Ao CAPS I Florescer, por me proporcionar muito aprendizado durante os anos que estagiei no local e por acolherem a proposta da pesquisa, sempre me ajudando em tudo que precisei, muita gratidão por esta equipe “ninja”.

RESUMO

A Política Nacional de Saúde Mental vem sendo transformada em alguns aspectos, em especial, no que se refere a novas formas de promover o cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. A partir da Reforma Psiquiátrica, as Políticas Públicas sobre drogas e medidas legais se atentaram mais às questões relativas aos dependentes químicos. Nota-se que nos últimos anos, o tema Álcool e outras Drogas começaram a ganhar mais destaque nestes âmbitos, o que é muito importante, visto que, o assunto em questão passa a ser responsabilidade também do campo da saúde. Neste sentido, esta pesquisa teve como objetivo acompanhar como acontece o cuidado em um grupo de preparação para internação em um Centro de Atenção Psicossocial no interior do Rio Grande do Sul. Para a realização dessa pesquisa, optou-se pela metodologia de cartografia, cuja produção de dados se formou através de acompanhamento e observação participante do Grupo de Pré-Internação, acompanhamento das internações, entrevista semiestruturada com os profissionais do CAPS e análise de implicação. Desta forma, levantaram-se algumas pistas, são essas: Quais caminhos levam a internação?; De quais lugares a equipe fala e, por último, Novos rumos... Grupo de acolhimento para usuários de álcool e outras drogas, uma estratégia de cuidado. Constatasse que o grupo de Pré-Internação é uma ferramenta conveniente enquanto dispositivo de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, visto que, após os mesmos frequentarem o grupo percebeu-se melhor vinculação com a equipe e conseqüentemente maior adesão ao tratamento, uma vez que, é um momento de escuta, esclarecimentos e de iniciar um tratamento a partir das mais diversas singularidades.

Palavras-chave: Álcool e outras Drogas. Saúde Mental. Grupo de Pré-Internação.

ABSTRACT

The Mental Health National Policy has been transformed in some aspects in particular regarding the new ways of promoting the care for the users of alcohol and other drugs. Since the Psychiatric Reform, the Public Policies about drugs and legal measures have paid more attention to issues related to chemical dependents. It is noteworthy that the topic Alcohol and other Drugs has begun to gain more prominence in these areas in the past few years, which is very important, since the subject in question is also the responsibility of the health field. In this sense, this research aimed to follow how the care for a group of preparation for hospitalization occurs in a Center of Psychosocial Attention in the countryside of Rio Grande do Sul. In order to carry out this research, we opted for the methodology of cartography, whose production of data was formed through follow-up and participant observation of the Pre-Hospitalization Group, follow-up of hospitalizations, semi-structured interview with CAPS professionals and implication analysis. Thus, some clues were raised, such as: Which paths lead to hospitalization? which places the team talks about and, finally, new directions ... Group of hosts for users of alcohol and other drugs, a strategy of care. It was noted that the Pre-hospitalization group is a convenient tool as a device for caring for users of alcohol and other drugs, since, after attending the group, it was noticed a better connection between the users and the team and consequently greater adherence to the treatment, once it is a moment of listening, clarification and starting a treatment from the most diverse singularities.

Keywords: Alcohol and other Drugs. Mental Health. Pre-hospitalization Group.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 CAMINHOS PERCORRIDOS EM PROL DO CUIDADO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	11
2.1 Cartografia	11
2.2 Produção de Dados.....	12
2.2.1 Acompanhamento do Grupo de Pré-Internação.....	13
2.2.2 Acompanhamento das Internações.....	14
2.2.3 Entrevista semiestruturada com os profissionais do CAPS	14
2.2.4 Análise de Implicação	15
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
3.1 Panorama histórico sobre o uso de Substâncias Psicoativas e as Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil	17
3.2 A construção da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil	19
3.3 RAPS – O Cuidado em Rede	20
3.4 Centro de Atenção Psicossocial– CAPS	21
3.5 CAPS Florescer I	23
3.6 Clínica Ampliada	24
3.7 Acolhimento.....	26
3.8 Redução de Danos	27
3.9 Estigmatização e estereótipos	29
4 DISCUSSÃO DE DADOS	31
4.1 Quais caminhos levam a internação?	31
4.2 De quais lugares que a equipe fala?.....	35
4.3 Novos rumos... Grupo de acolhimento para usuários de álcool e outras drogas, uma estratégia de cuidado.	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS.....	44
ANEXO 1 – ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA	49

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo acompanhar como acontece o cuidado em um Grupo de Pré-Internação, no CAPS I, município de Taquari, interior do Rio Grande do Sul. O atual cenário da Política Nacional de Saúde Mental brasileira é resultado de muitas lutas ocorridas nos anos 1980, com o objetivo de mudar a realidade da atenção à saúde mental, a qual estava baseada no modelo manicomial. Com isso, à medida que os serviços de Saúde Mental foram se expandindo, os Hospitais Psiquiátricos foram fechando. Com a criação da Portaria/GM nº 336, a mesma definiu e estabeleceu o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dessa forma, foi possível territorializar o cuidado em saúde mental. Muitos municípios pequenos podem hoje contar com estes serviços especializados, o município de Taquari, interior do Rio Grande do Sul, possui o CAPS I Florescer, local onde esta pesquisa se realizou. O referido CAPS atende todas as pessoas em sofrimento mental severo e persistente, bem como usuários de álcool e outras drogas.

Ao longo dos anos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) vem sendo transformados em alguns aspectos, vão se criando novas formas de pensar o cuidado ao dependente químico, devido à procura cada vez mais cotidiana por tratamento, fazendo com que grande parte das equipes de Saúde Mental pense novas possibilidades de cuidado. O modo como este usuário chega ao serviço deve ser levado em conta, mas as condições de permanência e aderência dos pacientes precisam ser analisadas pelas equipes de saúde.

A discussão sobre Álcool e outras Drogas deve se fazer presente no sentido de olhar para o usuário, atentando para as suas necessidades individuais, econômicas e sociais. Toda pessoa que passa por acolhimento em um serviço de saúde mental têm o direito de encontrar condições que favoreçam a sua permanência dentro do serviço, é preciso que este espaço seja de acolhimento e transformação para todos os envolvidos.

Indo ao encontro dos preceitos da reforma Psiquiátrica, o CAPS de Taquari vem elaborando algumas estratégias de cuidado para os usuários de álcool e drogas. Entre estas estratégias, está o Grupo de Pré-Internação. No mês em que o Grupo de Pré-Internação foi pensado pela equipe de saúde mental, eu estava estagiando no local, como estagiária de psicologia extracurricular. Este grupo, nunca havia

acontecido no serviço, seria apenas uma tentativa de cuidado ao usuário, apesar disso, me coloquei à disposição para coordenar o grupo e, em julho de 2016, iniciamos a proposta.

O Grupo de Pré-Internação é um grupo pensado a partir da ótica de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, dentro dos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) de Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde. Os encontros acontecem semanalmente, com horário fixo. O grupo se iniciou com o propósito de vincular os pacientes dependentes químicos no serviço da melhor forma possível, onde eles possam ter um melhor espaço de escuta, bem como para diminuir o grande número de evasões nos hospitais aos quais os mesmos são referenciados, pois se percebia a necessidade de mais atenção aos usuários de álcool e outras drogas que buscavam o CAPS a procura de tratamento.

Antes do Grupo de Pré-Internação, diversos pacientes usuários de substâncias psicoativas que chegavam ao serviço à procura de tratamento, eram encaminhados para um Hospital Geral para a desintoxicação, o Instituto Saúde e Vida – ISEV, que também é localizado no município de Taquari. Com este fluxo de atendimento, o paciente não era vinculado ao CAPS, pois já era encaminhado para o Hospital, sendo assim, os números de desistências, fugas e baixa adesão ao tratamento estavam sendo muito relevantes, fazendo com que a equipe de Saúde Mental pensasse maneiras efetivas para a diminuição da evasão de usuários no hospital, bem como em alternativas de melhor vinculação do usuário ao CAPS, visto que a internação hospitalar somente deve ser acessada quando os recursos extra-hospitalares não forem suficientes (BRASIL, 2001).

De acordo com Nunes *et al.* (2010, p. 17), o uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na história da humanidade, com o forte desejo em buscar a alteração do estado de consciência, explorar as emoções, melhorar o estado de espírito, proporcionar interação em meios sociais, muito vezes com o intuito de “consertar” a realidade. Sendo uma hipocrisia crer em uma sociedade sem drogas.

A metodologia usada foi a cartografia, sendo que a investigação deste método se dá a partir de pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados. Sempre que o cartógrafo entra em campo ele há de acompanhar um processo (BARROS e KASTRUP, 2010). Para isto, estarei implicada no campo de pesquisa, em contato direto com as pessoas e seu território existencial.

Precisamos proporcionar espaços para que estes sujeitos possam falar sobre suas singularidades e desmitificar a ideia de que simplesmente a internação é tratamento para o usuário de álcool e outras drogas e assim, pensar outras formas estratégicas de cuidado. Posto isto, este estudo que teve como objetivo acompanhar o Grupo de Pré-Internação para dependentes químicos no CAPS I Florescer, também pretende contribuir com outros serviços, assim como servir de disparador de reflexões acerca do cuidado dos usuários de álcool e outras drogas.

Ao final desta pesquisa, concluo que o grupo de Pré-Internação é uma estratégia conveniente enquanto dispositivo de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, visto que, após os mesmos frequentarem o grupo percebeu-se melhor vinculação com a equipe e conseqüentemente maior adesão ao tratamento, uma vez que, os encontros acontecem com foco na sua história, que vai muito além do problema do uso de drogas.

2 CAMINHOS PERCORRIDOS EM PROL DO CUIDADO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

2.1 Cartografia

Para a realização dessa pesquisa, optou-se pela metodologia de cartografia, visto que minha pretensão foi observar todos os caminhos que percorre o usuário, desde o acolhimento do usuário no CAPS Florescer, as internações no hospital geral, as reuniões de equipe e com a rede de saúde, as entrevistas semiestruturadas, entre várias outras formas de articulação de cuidados pertinentes aos usuários de álcool e outras drogas.

A investigação com este método, que foi formulado por Gilles Deleuze e Félix Guattari (KASTRUP e BARROS, 2010), não se faz de modo prescrito, por regras e objetivos definidos a priori. “A diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados” (PASSOS e BARROS, 2010, p. 17).

Desta forma, eu, enquanto uma pesquisadora-cartográfica fui criando meus caminhos, sempre, visando acompanhar um processo, e não representar um objeto (KASTRUP, 2010). No entanto, em sua construção, não se impede de procurar estabelecer sinais, com o objetivo de descrever, discutir e socializar a experiência do cartógrafo (KASTRUP, 2010).

Assim sendo, a partir dos traçados cartográficos percorridos, determino três pistas, são elas: “*Quais caminhos levam a internação?*”, onde falo das internações voluntárias em Hospital Geral, com as quais obtive contato durante a pesquisa, bem como a importância de trazer a família para junto ao tratamento do usuário. Na pista “*De quais lugares a equipe fala*”, discuto o lugar do grupo no processo de trabalho do serviço e a percepção da equipe sobre o mesmo. Por fim, na pista “*Novos rumos... Grupo de acolhimento para usuários de álcool e outras drogas, uma estratégia de cuidado*”, falo do percurso do grupo de Pré-internação e sua evolução durante o processo da pesquisa enquanto uma estratégia de cuidado em saúde mental.

Sendo assim “conhecer a realidade é acompanhar seu processo de constituição, o que não pode se realizar sem uma imersão no plano da experiência”

(PASSOS e BARROS, 2010, p. 30). Sempre que o cartógrafo entra em campo ele há de acompanhar um processo. A pesquisa de campo requer que o mesmo tenha habitação no território da pesquisa. “O pesquisador mantém-se no campo em contato direto com as pessoas e seu território existencial” (BARROS e KASTRUP, 2010, p. 56).

Portanto, acompanhar o Grupo de Pré-Internação para dependentes químicos, bem como as internações hospitalares e as equipes que cuidam destes usuários, observando seus variados movimentos e seus impasses, pode ser entendido como cartografar. Meu período de quatro anos como estagiária do CAPS, me proporcionaram vivenciar e entender muitos processos, que se aprimoraram com esta pesquisa.

Segundo Aaron Cicourel (1980), citado por Barros e Kastrup (2010), a cartografia se aproxima da etnografia, pois, além do processo de observação, o etnógrafo participa consideravelmente da vida das pessoas, modificando e sendo modificado pela experiência etnográfica.

2.2 Produção de Dados

A produção de dados partiu dos seguintes procedimentos: acompanhamento do Grupo de Pré-Internação, acompanhamento das internações, participação nas reuniões de equipe, entrevista semiestruturada com os profissionais do CAPS e análise de implicação.

Durante minha pesquisa, meu método de documentação foi o diário de campo, todas as observações feitas no decorrer do percurso foram registradas, algumas delas serão mostradas abaixo, nas discussões dos dados. Para a cartografia, essas anotações colaboram muito na produção de dados de uma pesquisa, transformando assim, as vivências (observação/frases captadas) da experiência de campo em conhecimento e modos de fazer, o que pude confirmar durante a pesquisa (BARROS e KASTRUP, 2010).

Para a cartografia é necessário serem feitas anotações regulares após as atividades, desde impressões que irão emergir durante o encontro, bem como informações objetivas. Barros e Kastrup salientam que,

os relatos contêm informações precisas – o dia da atividade, qual foi ela, quem estava presente, quem era responsável, comportando também uma

descrição mais ou menos detalhada – e contêm também impressões e informações menos nítidas, que vêm a ser precisadas e explicitadas posteriormente. Esses relatos não se baseiam em opiniões, interpretações ou análises objetivas, mas buscam, sobretudo, captar e descrever aquilo que se dá no plano intensivo das forças e dos afetos (BARROS e KASTRUP, 2010, p. 70).

Sua elaboração requer atenção, pois não se trata de um momento burocrático, o objetivo sempre foi possibilitar uma retomada mental do encontro, para que se possa falar de dentro da experiência e sobre a mesma. Sendo este processo muito rico, pois ganha uma dimensão coletiva ao trazer falas e diálogos que emergem nos grupos (BARROS e KASTRUP, 2010). Este material foi de grande valia para a elaboração dos textos que apresentaram os resultados da pesquisa.

Ainda, durante a pesquisa, utilizei-me da observação participante para a produção de dados, visto que ao mesmo tempo que acompanhava e observava o grupo, também participava e intervinha. Conforme os autores Queiroz *et al.* (2007) a observação participante é um processo, onde a teoria e a prática andam juntas, contribuindo para a transformação ou implementação do meio pesquisado (QUEIROZ *et al.*, 2007). Também, ressaltam que “consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação” (QUEIROZ *et al.* 2007, p. 278). Este método foi valioso no período da pesquisa, uma vez que, sempre estive coordenando o grupo de Pré-Internação.

2.2.1 Acompanhamento do Grupo de Pré-Internação

O grupo de pré-internação para dependentes químicos acontece semanalmente, quando o mesmo iniciou suas atividades, era ministrado por duas acompanhantes terapêuticas, estagiárias de psicologia extracurriculares, sendo uma delas a autora desta pesquisa, sempre sob supervisão de uma psicóloga do serviço de Saúde Mental – CAPS. Hoje, o grupo se reconfigurou, é coordenado apenas por mim, autora desta pesquisa e sob supervisão da minha orientadora e com a colaboração da equipe do CAPS.

Todos os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento para menores de 18 anos, para que

autorizassem a participação dos mesmos na minha pesquisa, no trabalho de curso, a fim de um respaldo ético.

2.2.2 Acompanhamento das Internações

Após a participação no grupo, muitos pacientes são encaminhados para o Hospital de referência do município, por este motivo, acompanhei alguns usuários durante a internação, na minha primeira visita no local, realizei combinações com a psicóloga do serviço, ficou acordado, que após o término da pesquisa, será feita uma devolução escrita e verbal a equipe de saúde mental do Hospital ISEV.

No hospital são realizadas as mais diversas atividades, a equipe de Saúde mental é composta por psiquiatra, psicóloga, estagiária de psicologia, assistente social, professor de educação física, técnicas de enfermagem e uma enfermeira. Também contam com o apoio de uma nutricionista e o farmacêutico que atendem todo o hospital, mas que tem um trabalho direcionado e específico com os pacientes de saúde mental.

O hospital conta com 10 (dez) leitos de saúde mental, atende toda a região do Vale do Taquari, normalmente recebem pacientes de cidades mais próximas. A sua maior demanda vem de usuários de álcool e outras drogas, bem como pacientes psicóticos e quadros bipolares. Os pacientes ficam internados na ala SUS, em quartos separados, mas junto com os casos clínicos.

Todos os momentos em que precisei ir ao Hospital realizar as visitas, sempre fui muito bem atendida por todos trabalhadores da ala, ao mesmo tempo em que me perguntavam se eu precisava de ajuda, iam me deixando livre para realizar a pesquisa. Foram poucos os momentos em que estive dentro do hospital, no entanto, os poucos foram de total importância para esta pesquisa, consegui sentir o quão importante é o trabalho deles em prol da saúde mental do município.

2.2.3 Entrevista semiestruturada com os profissionais do CAPS

Outro procedimento desta pesquisa aconteceu através de entrevistas com os trabalhadores do CAPS, para entender suas percepções com o grupo de pré-internação. No total, foram realizadas cinco entrevistas, sendo que os critérios para a escolha dos entrevistados foi a multiprofissionalidade, sendo eles: Assistente Social,

Enfermeira, Médico Psiquiatra, Técnico em Enfermagem, e Psicóloga. As questões norteadoras da entrevista foram: se os profissionais perceberam alguma modificação no cuidado ao dependente de álcool e outras drogas com o grupo. Se notaram que, após o grupo, o paciente tem mais adesão ao tratamento, bem como, se acreditam que o grupo é uma boa ferramenta enquanto estratégia terapêutica aos usuários. Se o grupo deve continuar após o término desta pesquisa e suas opiniões a respeito das internações em Hospitais Gerais para dependência química. Como percebem o acolhimento e a construção no Plano Terapêutico Singular do usuário de drogas no serviço e, por fim, solicitei que falassem sobre sua experiência desde que começou atuar no serviço, se viu transformações ao longo do tempo e o que poderia ser diferente.

O contato com os entrevistados foi feito pessoalmente. No dia da entrevista a conversação foi gravada e, posteriormente, transcrita pelo pesquisador. Findada a pesquisa, o material de áudio e as transcrições das entrevistas ficarão em posse da professora orientadora e serão destruídas após dois anos.

2.2.4 Análise de Implicação

Neste item, apresento o percurso que deu vida a esta pesquisa, foram quatro anos implicada ao Centro de Atenção Psicossocial Florescer, um caminho de muita aprendizagem, mas também de muitos questionamentos. Questionamentos que me deram luz para pensar e logo pesquisar as estratégias de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas. A partir daqui, conto como surgiu a ideia de realizar este trabalho, sendo o CAPS e a equipe de trabalho os principais elementos para a existência desta pesquisa.

A minha implicação é de suma importância nesta pesquisa, pois sem ela, este trabalho seria inexistente. Como eu já fui trabalhadora deste serviço, sei dos muitos atravessamentos que existe dentro do mesmo e das dificuldades que ocorrem para pensar o cuidado ao usuário de álcool e drogas, onde a internação sempre era pensada como primeira forma de tratamento.

Durante a minha trajetória neste serviço, fui membra do COMEN (Conselho Municipal de Entorpecentes), participei e organizei junto à presidência a 1ª Conferência Municipal sobre Drogas. Participei de encontros de CAPS, onde a temática era a pauta, como por exemplo, o Encontro de Redução de Danos em Álcool

e outras Drogas, “Percurso do cuidado em Álcool e outras drogas”. Mas, e porque está temática?

Muitas questões me fizeram estar aqui hoje, escrevendo esta pesquisa, posso afirmar, que muito foi por causa da minha passagem de quatro anos no CAPS. Existiam muitas questões que me inquietaram no que se refere ao trabalho com usuários de álcool e outras drogas, mas a principal, era a de que, o paciente, ao chegar para o acolhimento e falar que é usuário de álcool e outras drogas era, muitas vezes, pouco escutado e quase sempre encaminhado para os hospitais para uma internação.

Os anos que estou na graduação de Psicologia e os eventos que a Universidade oferece também contribuíram para a escolha desta temática, como por exemplo a “Semana Integrada dos Cursos da Saúde”¹, onde a cada ano são abordados assuntos diversos, dentre eles o álcool e outras drogas, bem como a “Semana Acadêmica do Curso de Psicologia”, que tem como objetivo proporcionar aos acadêmicos do curso maior aproximação com assuntos já estudados em sala de aula.

Posto isto, percebe-se que minha intervenção aconteceu por meio da análise de implicação. O termo análise de implicação foi criado por socioanalistas para pôr em evidência o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação (PAULON, 2005). Segundo Coimbra, 1995, p. 66 citado por Paulon, 2005, p. 23,

opondo-se ao intelectual neutro-positivista, a Análise Institucional vai nos falar do intelectual implicado, definido como aquele que analisa as implicações de suas pertencas e referências institucionais, analisando, também, o lugar que ocupa na divisão social do trabalho, da qual é legitimador. Portanto, analisa-se o lugar que se ocupa nas relações sociais em geral e não apenas no âmbito da intervenção que está sendo realizada; os diferentes lugares que se ocupa no cotidiano e em outros locais da vida profissional; em suma, na história.

A principal característica deste procedimento é a aproximação que o pesquisador tem com o campo, com as cenas vividas e observadas e sobre o sistema de poder que legitima o instituído (PAULON, 2005).

¹Promoção da UNISC, por meio dos cursos de Educação Física, Enfermagem, Estética e Cosmética, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Biomedicina e do Programa de Pós-Graduação em Saúde - Mestrado; da Secretaria Municipal da Saúde; da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (13ª CRS); e dos Projetos Pró-Saúde e PET-Saúde GraduaSUS.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 Panorama histórico sobre o uso de Substâncias Psicoativas e as Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil

O uso de substâncias psicoativas, sejam elas as bebidas alcoólicas ou as drogas (lícitas e ilícitas), fazem parte da história da humanidade (FONSECA e BASTOS, 2012). Há muitos documentos referentes ao uso de ópio na época dos antigos egípcios, gregos e romanos, com finalidade religiosa e recreativa (DUARTE, 2005; BELLIS, 1981 citado por FONSECA e BASTOS, 2012). No século XVI, o uso medicinal do ópio estava sendo usado em diversos países da Europa, especialmente na Inglaterra (BERRIDGE e EDWARDS, 1981 citado por FONSECA e BASTOS, 2012). Até o início do século XIX acreditava-se que o uso do ópio não causava nenhum malefício (FONSECA e BASTOS, 2012). Deste modo, até meados do século XIX, a produção, comercialização e o consumo de substâncias hoje classificadas como drogas, como por exemplo a cocaína e o ópio e seus derivados, eram amplamente apresentados (FONSECA e BASTOS, 2012).

No Brasil,

quando os portugueses chegaram ao Brasil, no início da colonização, descobriram o costume indígena de produzir e beber uma bebida forte, fermentada a partir da mandioca, denominada “cauim”. Ela era utilizada em rituais e em festas, dentro, portanto, de uma pauta cultural bem definida. Os índios usavam também o tabaco, que era desconhecido dos portugueses e de outros europeus. No entanto, os portugueses conheciam o vinho e a cerveja e, logo mais, aprenderiam a fazer a cachaça, coisa que não foi difícil, pois para fazer o açúcar a partir da cana-de-açúcar, no processo de fabricação do mosto (caldo em processo de fermentação), acabaram descobrindo um melaço que colocavam no cocho para animais e escravos, denominado de “cagaça”, que depois veio a ser a cachaça, destilada em alambique de barro e, muito mais tarde, de cobre. (ANDRADE e ESPINHEIRA, 2009).

A maconha inicialmente foi utilizada com propósitos medicinais, durante os séculos XVIII e XIX, foi trazida ao Brasil pelos escravos africanos e apresentada para os indígenas, no início foi utilizada com finalidade medicinal e atividades recreativas, como a pesca, e rodas de conversa (ANDRADE e ESPINHEIRA, 2009).

De acordo com Pernambuco Filho e Botelho (1924) citado por Andrade e Espinheira (2009), no Brasil, no final do primeiro quarto do século XX, existiam duas

classes de vícios: “os “vícios elegantes”, que eram o da morfina, da heroína e da cocaína, consumidos pelas elites e os “vícios deselegantes”, destacando-se o alcoolismo e o maconhismo, próprios das camadas pobres, em geral, formadas por negros e seus descendentes” (PERNAMBUCO FILHO e BOTELHO, 1924 citado por ANDRADE e ESPINHEIRA, 2009, p. 20). Ainda, os autores destacam que, a disseminação do consumo de drogas ocorre por todas as classes sociais, e que até hoje existe o estigma de que quem usa drogas é preto, pobre, maconheiro, marginal e bandido. No entanto, sabe-se que as mais variadas drogas estão em todas as classes sociais.

No ano de 1998, o Brasil dá início à construção de uma polícia nacional específica sobre o tema da redução da demanda e da oferta de drogas. Junto a este movimento, aconteceram outras modificações, o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), vinculada a então Casa Militar da Presidência da República (DUARTE; DALBOSCO, 2016).

A SENAD com a missão de “coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade”, envolveu diversos atores com o tema para a primeira política brasileira (DUARTE; DALBOSCO, p. 114, 2016). Então, por meio de um decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, foi instituída a primeira Política Nacional Antidrogas (PNAD) do país (DUARTE; DALBOSCO, 2016).

Em 2003, o Presidente da República apontou a necessidade de construção de uma nova Agenda Nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas no país. Para um caminho democrático e participativo da política brasileira sobre drogas, os eventos que aconteceram na época foram todos com a participação e integração entre governo e sociedade, para garantir a atualização justa da PNAD (BRASIL, 2011).

A população participou ativamente de todos os fóruns, embasados em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a Política realinhada passou a chamar-se Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Como resultado, o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre”, já de acordo com as novas aprendizagens internacionais, como posicionamento do governo e com a nova demanda popular, manifestada ao longo dos eventos que envolviam a Política (DUARTE; DALBOSCO, 2016).

Deste esforço conjunto, a Política Nacional sobre Drogas, foi reformulada, pensando sempre na população brasileira, a fim de abolir o preconceito e rótulos discriminatórios, um grande avanço histórico. O documento está dividido em cinco capítulos: 1- prevenção; 2- tratamento, recuperação e reinserção social; 3- redução de danos sociais e à saúde; 4-redução da oferta; 5- estudos, pesquisas e avaliações (BRASIL, 2011).

Em 2006, a SENAD coordenou um grupo de trabalho do governo que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Assim, prescreveu medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas em consenso com a nova política (BRASIL, 2011).

Anteriormente, já existiam dois instrumentos normativos, as Leis nº 6.368/1976 e nº 10.409/2002 que com a criação da nova lei foram canceladas. A partir de então, houve o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, que passaram a ser tratados de modo diferenciado e ocupar capítulos diferentes na lei (DUARTE; DALBOSCO, 2016).

Nota-se que nos últimos anos, o tema Álcool e Drogas começou a ganhar mais destaque nas políticas públicas, o que é muito auspicioso, visto que, o assunto em questão passa a ser responsabilidade também do campo da saúde.

3.2 A construção da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil

A atual política nacional de saúde mental brasileira é resultado de muitas mobilizações de usuários, familiares e trabalhadores da saúde, os movimentos iniciais aconteceram nos anos 1980, com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios onde viviam mais de 100 mil pessoas com transtornos mentais (GARCIA et al., 2016).

Garcia *et al* (2016) diz que o estopim para o início das mobilizações foi devido a importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar. Ainda na década de 80, iniciaram os movimentos de desinstitucionalização de moradores de manicômios, criando-se serviços de atenção psicossocial para realizar a reinserção de usuários em seus territórios existenciais e os hospitais psiquiátricos foram fechando à medida que os serviços de Saúde Mental foram se expandindo.

A Reforma Psiquiátrica pretende a revisão e transformação de diversos conceitos, posturas e ações terapêuticas, colocando em questão paradigmas conhecidos e hegemônicos. Assim, situa-se no bojo da transição paradigmática, pois pretende rever quatro campos fundamentais: os conceitos e a teoria, as técnicas e a assistência, o político e o jurídico e a questão sociocultural (COLVERO; MACHADO, 2003).

A atual política de saúde mental no Brasil, alinhada aos pressupostos da reforma psiquiátrica, propõe a progressiva substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de atenção em saúde mental constituída por centros de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios de saúde mental, residências terapêuticas, centros de convivência e cultura, serviços de saúde mental, emergências psiquiátricas em hospitais gerais e atendimento em saúde mental na rede básica de saúde (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2008).

Bezerra e Dimenstein (2008), ressaltam que os desafios do trabalho em rede estão intimamente ligados ao modo como esses serviços foram geridos por muito tempo. Portanto, seria necessário reconstruir a ideia do trabalho em saúde, transformando a prática através do olhar coletivo e humanizado, construindo uma rede onde o conjunto de atores esteja implicado sobre a demanda dos usuários.

3.3 RAPS – O Cuidado em Rede

A publicação da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, veio regulamentar de forma detalhada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pelo Decreto nº 7.508/2011. Nela estão retratados os principais serviços e ações que oferecem atenção psicossocial no país para todas as pessoas com sofrimento ou transtornos mentais.

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 vivo e concreto de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental. Essa rede é maior, no entanto, do que o conjunto dos serviços de saúde mental do município. Uma rede conforma-se na medida em que são permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades (GARCIA *et al.*, 2016).

A RAPS está presente na Atenção Básica, como Unidade Básica de Saúde, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Consultório na Rua, Apoio aos Serviços do

componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, Centros de Convivência e Cultura, Atenção Psicossocial Estratégica, que são os CAPS nas suas mais variadas modalidades (AD, Infantil, I, II, III), Atenção de Urgência e Emergência, SAMU, Sala de Estabilização, UPA e Portas Hospitalares de atenção à urgência (BRASIL, 2013). Ainda fazem parte da RAPS a Atenção Residencial de Caráter Transitório, Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial, Atenção Hospitalar, Enfermaria especializada em hospital geral, Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, Estratégia de Desinstitucionalização, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Programa de Volta para Casa (PVC), Estratégias de Reabilitação Psicossocial, Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais (BRASIL, 2013).

3.4 Centro de Atenção Psicossocial– CAPS

Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Seu papel principal é buscar integrar os seus usuários a um ambiente social e cultural concreto. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004a).

A criação do primeiro CAPS foi em 1986, no município de São Paulo, teve como intuito a melhoria na assistência à saúde mental no Brasil, e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos que, até então, era o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais. Com o passar dos anos, os serviços de saúde mental vão se espalhando por todo o Brasil e se consolidando como dispositivos eficazes na diminuição de internações e na mudança do modelo assistencial. (BRASIL, 2004).

Os CAPS são regulamentados pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 e integra a rede do Sistema Único de Saúde, o SUS.

Tem como missão dar atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir

o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004, p. 12).

As pessoas que necessitam de acompanhamento, ou forem encaminhadas para o CAPS, devem procurar o serviço mais próximo de sua região, no caso do município de Taquari, existe somente um CAPS, devido ao seu número populacional (20.000 e 70.000 habitantes), funciona das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira. (BRASIL, 2004a). O CAPS Florescer não atende crianças, no entanto, há casos específicos em que acolhe menores de idade, pois, Taquari não possui um Centro de Atendimento à criança e ao adolescente, apenas tem uma psicóloga para o público, por isso, muitas vezes, está demanda chega ao serviço.

O CAPS oferece diversos tipos de atividades terapêuticas, após o acolhimento, onde escuta-se a demanda de cada paciente, constrói-se com a equipe interdisciplinar do serviço um Projeto Terapêutico para cada usuário, sendo assim, é uma reunião com toda a equipe do CAPS, em que todas as opiniões são relevantes para ajudar a entender o paciente com alguma demanda de cuidado em saúde (BRASIL, 2008).

O Plano Terapêutico Singular é dividido em quatro momentos, são eles:

1) O diagnóstico: que deverá conter uma avaliação orgânica, psicológica e social, que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário. Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social. Ou seja, tentar entender o que o Sujeito faz de tudo que fizeram dele. 2) Definição de metas: uma vez que a equipe fez os diagnósticos, ela faz propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver um vínculo melhor. 3) Divisão de responsabilidades: é importante definir as tarefas de cada um com clareza. 4) Reavaliação: momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo (BRASIL, 2008, p. 41).

Está é uma prática de extrema importância no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial, visto que, cada plano é elaborado de maneira subjetiva, dentro dos mesmos podem existir diversas práticas.

As atividades previstas são: tratamento medicamentoso, atendimento a grupo de familiares, que consiste em “reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico” (BRASIL, p. 21, 2004). Este momento é de muita importância, visto que, diversas famílias passam por dificuldades muito semelhantes com parentes usuários de álcool

e outras drogas. Também pode-se oferecer atendimento individualizado para as famílias, quando a situação está crítica, ou até mesmo, quando a família necessita de alguma orientação rotineira (BRASIL, 2004).

Os profissionais podem prestar orientações individuais ou grupais sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas, atendimento psicoterápico, encontros individuais ou em grupo onde são utilizados os conhecimentos e as técnicas de diversas abordagens, atividades comunitárias, prática que envolva os recursos da comunidade, como por exemplo, festas juninas, campeonatos esportivos, cinema etc., atividade de suporte social também é tarefa do CAPS, que abarca projetos de inserção no trabalho, “articulação com os serviços residenciais terapêuticos, atividades de lazer, encaminhamentos para a entrada na rede de ensino, para obtenção de documentos e apoio para o exercício de direitos civis através da formação de associações de usuários e/ou familiares” (BRASIL, p. 22, 2004).

Ainda, é dever do CAPS oferecer para os pacientes, atividades constantes que procuram despertar no usuário um maior interesse pelos espaços de cultura, envolvendo mais integração, entre o usuário e seu lugar de moradia, realização de visita domiciliares, onde o profissional vai a residência do usuário e/ou familiares. Por fim, a desintoxicação ambulatorial, que consiste em um conjunto de procedimentos destinados ao tratamento do usuário de álcool e de outras drogas (BRASIL, 2004).

3.5 CAPS Florescer I

O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Florescer I de Taquari encontra-se localizado no endereço Rua José Bizarro Neto, no bairro Coqueiros. Como Taquari é um município de pequeno porte, este é a referência de Saúde Mental.

Este serviço teve seu projeto iniciado em 2004 e aprovado em 2007, e funciona desde então no mesmo endereço, atualmente sob a coordenação da enfermeira Alexandra S. Castro. O CAPS localiza-se junto à comunidade, o local onde foi construído foi cedido por uma moradora do bairro. Nas imediações da construção, ainda é encontrada uma igreja católica, uma escola estadual, uma praça e salão comunitário. Ao lado do CAPS também existe uma Estratégia Saúde da Família (ESF).

O corpo técnico conta com dois médicos psiquiatras, uma enfermeira, três psicólogas, uma assistente social, uma terapeuta ocupacional, uma pedagoga, duas técnicas em enfermagem, duas auxiliares administrativas, um músico para projeto

terapêutico, uma servente, cozinheira, motorista, duas estagiárias extracurriculares e quatro estagiários curriculares².

3.6 Clínica Ampliada

Os profissionais que querem contribuir para planejar mudanças em serviços de saúde devem dispor de um certo leque de modelos clínicos, sendo isto uma questão de eficácia, “se o Planejamento em Saúde quer ser eficaz promovendo mudanças nos serviços, ele precisa, necessariamente, de uma interlocução com a clínica” (ONOCKO-CAMPOS, 2001, p. 100).

A clínica tradicional, age principalmente no *setting* individual, do encontro singular. Segundo Campos (1997), citado por Onocko-campos (2001), existem as seguintes categorias para repensar a clínica: a clínica degradada, seria a que não avalia riscos, não trata a doença e sim os sintomas, é pensada como a clínica da eficiência, pois produz muitos procedimentos, porém com poucos questionamentos sobre a eficácia. A Clínica tradicional trata as doenças enquanto ontologia está voltada no curar, não na prevenção, nem na reabilitação. Reconhece-se essa clínica dos especialistas. Por fim, a Clínica Ampliada valoriza todos os profissionais com seus diversos saberes como forma de possibilitar a complementaridade do tratamento, atendendo todas as necessidades de saúde do sujeito.

No Brasil, o processo de constituição da Política de Saúde Mental, teve como características centrais a redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a expansão da rede de serviços substitutivos. Além disso, tomou como princípios a inclusão e a participação dos usuários, familiares e comunidade no processo e a manutenção das pessoas com transtorno mental em seu contexto social. Alicerçada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), propõe estratégias que visam à mudança do paradigma biomédico procurando romper com a assistência voltada exclusivamente para a doença, o cuidado centrado na remissão dos sintomas e com a concepção sobre a periculosidade e incapacidade presumida da pessoa com transtorno mental. Esse conjunto de desafios implica na implementação de mudanças nas práticas assistenciais e na organização dos serviços (BRASIL, 2007).

²Informações colhidas a partir de relatos dos profissionais do serviço.

A Clínica Ampliada é uma das diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como finalidade efetivar os princípios deste, tais como resolutividade, descentralização da saúde e participação dos cidadãos nesse processo. Esse modelo de clínica se propõe, a partir de uma responsabilidade com o sujeito em tratamento, promover atenção plena e intersetorial, possibilitando a confluência entre as áreas de conhecimento profissional. Surge como uma ferramenta de conversação dos enfoques biomédico, social e psicológico, na tentativa de integrar os saberes e suas práticas, ampliando o entendimento acerca da saúde e do sujeito em tratamento, que passa a ser visto para além de sua doença (BRASIL, 2004b; 2009).

Cabe destacar que, no plano da saúde coletiva, ampliar os processos de promoção e prevenção de saúde implica em construir uma rede em que comunidade, serviços públicos, profissionais e gestores atuem de forma conjunta e participativa na construção de uma clínica compartilhada. Assim, as ações e práticas da Clínica Ampliada se compõem através de uma construção conjunta dos diagnósticos e projetos terapêuticos, com expansão da compreensão acerca do "objeto de trabalho" e a modificação dos instrumentos de trabalho, possibilitando ainda um maior suporte para os profissionais de saúde (BRASIL, 2004b; 2009).

A oferta de práticas clínicas constituídas através da escuta e das relações permeadas por afeto se faz imprescindível. Estes aspectos são viabilizados pela proposta da Clínica Ampliada que, acrescenta ainda, a necessidade da construção do projeto terapêutico singular que, conforme Merhy (1998, p. 20), "deve ser um instrumento que responda as demandas objetivas e subjetivas dos usuários e tem como objetivo a produção de sua autonomia e apropriação de seu processo de cuidado". Para tanto, é indispensável que ocorram reuniões de equipe, que devem possibilitar a troca de informações entre profissionais e o planejamento conjunto do projeto terapêutico de usuários, ou seja, é preciso uma gestão que possibilite a todos a oportunidade para falar (BRASIL, 2004b; 2009).

Diante disso, pode-se pensar que a Clínica Ampliada propõe o cuidado e a atenção aos vínculos e afetos que permeiam as relações, tanto dos usuários para com os profissionais quanto dos profissionais para com os usuários. Por isso, cabe aos profissionais perceberem seus próprios afetos e vínculos e buscar compreendê-los, a fim de tornarem-se propulsores no desenvolvimento dos sujeitos, favorecendo o processo de amadurecimento. Nesse processo, a equipe de referência é um

dispositivo que enriquece o tratamento, isso porque a relação de cada membro da equipe com o usuário e familiares é singular, permitindo que as possibilidades de auxiliar o sujeito doente se ampliem (ANGNES, *et al.*, 2013).

3.7 Acolhimento

Segundo Ferreira (1975, p. 27), conforme citado por Brasil (2010, p. 6), “acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender, admitir”. O acolhimento como ato ou efeito de acolher, é incluir. O acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2010).

Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; Estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; Política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. (BRASIL, 2010, p. 6)

Acolhimento de acordo com Merhy *et al.* (2006), é quando ocorre um encontro entre trabalhador e usuário, que visa a produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenções, bem como a atuação sobre necessidades em busca de produção de “algo” que possa representar a “conquista” de controle do sofrimento. Sendo este processo atributo de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador da saúde.

Apesar dos grandes avanços do SUS nos seus anos de existência, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que diz respeito ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública, evidenciando que a escuta é pouco qualificada e as relações solidárias pouco exercidas. Entretanto, a proposta do acolhimento articulado a outras propostas de trabalho, como por exemplo, a clínica ampliada, é um dos grandes recursos para a humanização do SUS (BRASIL, 2010).

A noção de acolhimento na saúde pode ser identificada como uma dimensão espacial, sendo definida em recepção administrativa e ambiente confortável, bem como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para

serviços especializados, sendo as duas de suma importância, porém “quando tomadas isoladamente dos processos de trabalho em saúde, se restringem a uma ação pontual, isolada e descomprometida com os processos de responsabilização e produção de vínculo” (BRASIL, 2010, p. 14).

O acolhimento enquanto uma diretriz operacional propõe inverter a lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde. É importante frisar que é necessário atender todas as pessoas que procuram o serviço, garantindo acessibilidade universal. Assim, o serviço assume sua função primordial, a de acolher, escutar e dar resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde dos usuários (MERHY *et al.*, 2006). Assim como, reorganizar o processo de trabalho, de forma que não fique centrado na figura do médico, mas sim na equipe multiprofissional, que se encarrega de acolher os usuários, a fim de resolver seu problema de saúde, sendo a consulta médica solicitada, somente em casos em que ela se justifica (MERHY *et al.*, 2006).

Qualificar a relação trabalho-usuário, que deve ser de forma humanizada, solidária e com cidadania. Essa união entre trabalhadores e usuários tem como objetivo alcançar um serviço de qualidade, com atenção integral, que atenda todos e esteja sobre o controle da comunidade (MERHY *et al.*, 2006).

Merhy (1999, p. 1), salienta que “no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderá ser atingida a cura e a saúde, que são de fato os objetivos que se quer atingir”.

A estratégia de cuidado pode se dar através de diversas formas, quando o paciente chega ao serviço, o primeiro passo é o acolhimento, neste momento procura-se criar um espaço de escuta apropriado, que vai além do físico e que, na realidade, preocupa-se muito mais com a maneira como é realizado. De acordo com Pereira citado por Rocha (2010), acolher não significa somente satisfazer o sujeito, mas buscar uma resolução ou encaminhá-lo, a fim de promover a reabilitação da saúde do mesmo.

3.8 Redução de Danos

A ideia de redução de danos (RD), relacionada com o uso de drogas, tem duas vertentes. Uma nasce na Grã-Bretanha, no início do século XX, provocado por causa do grande número de usuários de heroína e advém do estudo conhecido como

Relatório Rolleston, de 1962. O estudo concluiu que o uso abusivo da droga poderia, com ajuda especializada, reduzir danos mesmo se mantendo com o uso da mesma (ALARCON, 2014).

A outra vertente nasce na Holanda, neste período, o governo holandês, diante de levar a cabo uma política de drogas cuja eficácia superasse o insucesso das políticas dos países vizinhos, encomenda dois estudos científicos sobre o assunto, que sugeriu como política pública mais razoável a legalização da *Cannabis*. (COHEN citado por ALARCON, 2014). Em virtude das necessidades, como o controle das infecções por hepatite e aumento da população carcerária entre usuário e traficantes de maconha, que os holandeses criaram as estratégias de RD. Ainda os holandeses, são os idealizadores da RD relacionada ao controle da hepatite e da epidemia de AIDS em usuários de drogas injetáveis (ALARCON, 2014).

De acordo com Alarcon (2014), diferentemente da abordagem britânica, o principal objetivo da política holandesa, era reduzir os danos causados propriamente pelo uso de drogas e afastar os usuários habituais de *Cannabis* dos riscos propensos pelo mercado negro, isto inclui o uso de produtos adulterados e o contato com a criminalidade derivada da proibição da própria *Cannabise* de outras drogas.

No Brasil, a política de RD ainda gera algumas controvérsias, há quem julgue ser somente um conjunto de medidas para amenizar os efeitos tóxicos resultantes do mau uso de substâncias, ou como uma política de destruição de insumos para controle de infecções, como por exemplo, os cachimbos de vidro, protetores labiais seringas descartáveis. A quem defenda que a política de RD é muita mais complexa, agregando as questões de saúde, bem como, aspectos de cunho político e social. A lógica da RD se insere na ideia de que saúde é, acima de tudo, a qualidade de vida das pessoas e não apenas a ausência da doença. E para promover essa qualidade de vida, são necessários serviços interdisciplinares e intersectorializados, capazes de entender as singularidades de cada indivíduo e não apenas com base em diagnósticos médico-psicológicos (no caso da saúde mental) (ALARCON, 2014).

A Educação em Redução de Danos é o trabalho do Centro de Referência para o Assessoramento e Educação em Redução de Danos – CRRD. “A atribuição do CRRD consiste em planejar, acompanhar e constituir processos de educação, assessoramento e produção de conhecimento, em ações de parceria, voltados aos trabalhadores de/em saúde num compromisso ético e político” (MAYER, p. 88, 2010).

Conforme Vedovatto, p. 163 (2010),

a vivência e a prática do trabalho de Redução de Danos nos mostra que no trabalho cotidiano de encontro com pessoas que usam drogas no campo de Redução de Danos é que vamos tirando as cascas, os rótulos que, por anos, foram colocados sobre o sujeito, e aí surgirão, de fato, suas reais necessidades: que vão além do preservativo, do kit, mas que passam pelas TROCAS efetivas e AFETIVAS de material, de emoção e de desejo. E no trabalho de campo e que vamos construindo com cada comunidade diferentes formas de organização que vão das dificuldades de ter acesso a uma consulta médica ou, ainda, de ter remédio, de fazer o cartão SUS ou de ir a uma reunião da escola, das dificuldades ligadas a escolarização, das dificuldades de poder fazer tratamento de saúde seja pela própria questão do uso seja por outras questões, como a questão do HIV/AIDS.

Por fim, pode-se definir a lógica da RD como um conjunto de medidas estratégicas que visam a prevenção das consequências do uso prejudicial de substâncias psicoativas, recuperar a saúde daqueles em situação de risco e promover a saúde como qualidade de vida. Sendo este conjunto de medidas, os serviços da RAPS, logo o CAPS (ALARCON, 2014). Em Taquari não tem nenhuma política efetiva de Redução de Danos, todavia no cotidiano dos serviços de saúde mental do município, indiretamente praticamos a RD para pessoas que não querem parar de usar drogas, mas ainda assim procuram o serviço a fim de uma escuta, um olhar ou até mesmo uma internação para restabelecer seu corpo e reorganizar sua vida.

3.9 Estigmatização e estereótipos

No cotidiano da sociedade, muitas pessoas são estigmatizadas por condições específicas de saúde, dentre elas, o uso de álcool e outras drogas, este ato, também, ocorre dentro dos serviços de saúde, por profissionais. “A estigmatização³ ocorre quando se atribui rótulos e estereótipos⁴ negativos a pessoas com determinados comportamentos” (ANDRADE e RONZANI, 2016, p. 32). A pessoa ao ser estigmatizada, pode sofrer diversas consequências, inclusive o agravamento de determinada situação (ANDRADE e RONZANI, 2016).

³O termo Estigma ou Estigma Público pode ser definido como uma marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa “marca” a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais. (ANDRADE e RONZANI, 2016, p. 32).

⁴São características pessoais ou sociais atribuídas a determinadas pessoas ou grupos, antes mesmo de ser realizada uma avaliação mais cuidadosa sobre essas características. (ANDRADE e RONZANI, 2016, p. 32).

Na área da saúde, muitas vezes temos a tendência de classificar o comportamento das pessoas de acordo com o problema de saúde ou a “marca” que definimos para elas. Essa tendência é prejudicial tanto ao profissional, que deixa de perceber ou conhecer o problema mais a fundo, quanto ao paciente, que deixa de receber uma intervenção adequada ao seu problema. (ANDRADE e RONZANI, 2016, p. 33).

Inspirada em Andrade e Ronzani (2016), entendo que existe uma associação equivocada, por parte da sociedade e até mesmo dos profissionais da saúde que, o usuário de álcool e outras drogas, sobretudo as ilícitas, são pessoas fracas, sem força de vontade, mau caráter, e que o uso e a dependência é um problema sem solução, dificultando a oportunidade de acesso a um tratamento adequado e maior aproximação aos usuários, pois nessas situações os mesmos tendem a se isolar da sociedade e sua qualidade de vida piora.

Os autores supracitados ainda fazem uma relação do problema do uso de crack com a repercussão causada na mídia e da opinião pública em geral, que muitas vezes acaba generalizando o uso e o usuário de crack, como se todos fossem moradores de rua e das crackolândias⁵, bem como, todos estivessem ligados a comportamentos violentos, conseqüentemente, esta generalização afasta os usuários ao invés de aproxima-los da rede de cuidado.

A midiaticização da cultura sobre as drogas, principalmente a televisão, veicula formas simbólicas sobre o crack que produzem um “efeito” de individuação, embora não de modo passivo: todos os usuários ficam “viciados” logo na primeira vez, todo “crackeiro” (especialmente os pobres) se torna um criminoso, as mulheres acabam se prostituindo para sustentar o vício, entre outras afirmações. Esse efeito de individuação acaba por estabelecer e/ou manter a ideologia do usuário de drogas como delinquente ou como um doente, gerando a mesma conseqüência para os dois casos: a punição (via prisão no primeiro caso, e internação hospitalar ou em fazendas terapêuticas no segundo). (ROMANINI e ROSO, 2013, p. 11).

De acordo com o que foi exposto acima, nota-se que somos uma sociedade com muitas ideias arraigadas erroneamente e, precisamos a cada dia, ouvir mais e julgar menos. Segundo Romanini e Roso (2013 p. 494), “se escutarmos os sujeitos que usam substâncias apenas como doentes ou como criminosos estaremos negando sua história e seus saberes.”

⁵Por derivação de crack, crack+lândia = terra do crack

4 DISCUSSÃO DE DADOS

Os resultados aqui apresentados fazem parte da minha trajetória em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I). Eles representam as observações, inquietações, movimentações e reflexões feitas durante a pesquisa e nos quatro anos que estagiei no local.

Posto isto, trago três pistas, nas quais falarei o que mais emergiu durante a pesquisa. Na primeira pista, *Quais caminhos levam a internação?* falo das internações voluntárias em Hospital Geral, com as quais obtive contato durante a pesquisa, bem como a percepção da equipe quando falamos desta temática. Na pista *De quais lugares a equipe fala*, discuto o lugar do grupo no processo de trabalho do serviço e a percepção da equipe sobre o mesmo. Por fim, na pista *Novos rumos... Grupo de acolhimento para usuários de álcool e outras drogas, uma estratégia de cuidado*, falo do percurso do grupo de Pré-internação e sua evolução durante o processo da pesquisa enquanto uma estratégia de cuidado em saúde mental.

4.1 Quais caminhos levam a internação?

“Após a recepcionista separar os prontuários dos pacientes, chamo os mesmos para o grupo, todos falam que fizeram o uso diariamente, que estão com sentimento de despedida, “ Se eu vou me internar, vou usar tudo que tenho direito (SIC)”. Todos, sem exceção, tem a internação como foco” (DIÁRIO DE CAMPO).

A partir da situação descrita acima, algumas questões surgem, principalmente, o pedido de internação como primeira alternativa, por parte do usuário que, em seguida, me faz pensar em outra indagação: será que este é o único tratamento que o paciente acredita que o nosso CAPS possa oferecer, visto que, o grupo é algo novo para o usuário, que antes só chegava no serviço e era encaminhado para o hospital geral para uma internação?!

Cordeiro (2014), fala que nos últimos anos, a compreensão de que a “questão das drogas” ou da “dependência de drogas” é um fenômeno complexo e de que não existe saída única, ou seja, é feita a crítica ao oferecimento de uma intervenção padrão – geralmente, a internação – para todas as pessoas. Posto isto, pode-se dizer que a internação como única saída para o usuário, não é a realidade só do CAPS em que

realizei a pesquisa, mas sim, um problema geral da saúde mental, mais especificamente, o tratamento aos dependentes químicos. Desta maneira, Cordeiro (2014) salienta que “este tipo de entendimento não faz sentido pelo simples fato de que cada pessoa carrega em si características únicas e singulares e que devem fazer parte indissociável do planejamento de qualquer ação de cuidado” (CORDEIRO, p. 46, 2014).

Vejamos aqui, a importância do grupo de Pré-internação, pois nele, conseguimos entender a história de cada usuário, suas dificuldades, impasses, dúvidas, angústias, enfim, um momento de vinculação entre profissional da saúde e usuário e juntos, da melhor maneira, pensarmos um tratamento adequado, conforme suas singularidades, pois, se não levarmos em consideração o protagonismo do usuário e contato com a sua história, perderemos elementos fundamentais para a elaboração - e sucesso - do próprio projeto terapêutico (CORDEIRO, 2014).

A internação neste período que estive observando/coordenando o grupo, foi uma possibilidade de tratamento de extrema importância para casos graves, em que existe algum risco à vida do usuário ou de terceiros, também é uma ferramenta conveniente para o início do trabalho terapêutico (CORDEIRO, 2014). Considerando que, a internação para muitos usuários é um momento de motivação para cessar o uso da droga, e ainda, se acontecer de os mesmos estarem com alguma comorbidade ao uso, no Hospital poderá ser realizado exames e dar início a um tratamento clínico, além do mais, este é um período em que o interno se aproxima da família, restabelecendo vínculos afetivos, já que os hospitais são abertos e as visitas de familiares são permitidas e estimuladas. Sendo assim, normalmente recebem alta do Hospital mais reabilitados. Dessa forma, cabe ressaltar a relevância do usuário continuar o tratamento na rede, e também a importância do Grupo de Pré-Internação e as visitas no hospitalares, pois vai se restabelecendo um bom vínculo e o paciente se sente mais seguro para seguir seu tratamento no CAPS e ou no seu território.

O Hospital que referenciamos é um local que tem como princípio o protagonismo do usuário e presa pela constante luta antimanicomial. Sendo assim, “a internação, quando justificada, deve acontecer. Deve fazer parte das possibilidades da rede de atenção. Só não pode ser a regra geral para todos os casos, pois desse modo configura-se como “a” alternativa, o que não é correto para nenhuma substância psicoativa, seja lícita ou ilícita” (CORDEIRO, p. 49, 2014).

A rede de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas em Taquari, é especificamente formado pelo CAPS I e Hospital Geral, sabe-se pouco do trabalho das Unidades Básicas e Estratégias da Família com este público. Presumo que o trabalho em rede é extremamente importante, no entanto, em Taquari, esta é ainda uma tarefa a ser aperfeiçoada. Ressalvo também, que o CAPS não realizou o matriciamento, deixando o trabalho interdisciplinar comprometido, pois sem essa relação, acontece pouca integração e diálogo.

Como o vínculo entre CAPS e Atenção Básica ainda é frágil, os casos quando chegam no CAPS, estão extremamente graves, ou seja, em uso abusivo, famílias desesperadas e necessitando de ajuda urgente dos profissionais da saúde.

“Hoje foram encaminhados quatro pacientes para o meu grupo, fiquei bem feliz, visto que, foi a primeira vez que deu este número, o grupo andou bem, apesar de que todos estavam sem dormir, em uso de crack diário. Fiz poucas intervenções, percebi o grupo como um importante espaço para eles falarem sem julgamentos.” (DIÁRIO DE CAMPO).

“Leonardo,⁶ 32 anos, 13 internações em diversos hospitais gerais e clínicas religiosas. Ao chegar no hospital para realizar a visita hospitalar, o paciente estava na porta da frente do bloco, aparentemente esperando por alguém, dou oi, falo que chamarei ele em breve e sigo para sala de atendimento. Logo, chamo paciente e fomos para a conversa, Leonardo relata estar esperando a mãe que ficou de visita-lo, parece estar chateado com a situação, duas semanas de internação e ninguém apareceu, assim como no grupo em que solicitei para as mães irem e a mãe dele não compareceu. Fala diversas vezes que não da bola, que por ele a mãe não precisa vir, mas não é isso que me apresenta.” (DIÁRIO DE CAMPO)

Na maioria das famílias, quando os problemas decorrentes do uso de drogas se agravam, o impacto afeta todos os membros, que tendem a enfrentar uma situação de crise, até que o evento seja incorporado como parte das questões a serem enfrentadas pelo grupo. Sendo assim, cada integrante age de maneira diferente (ROSA e CAVALCANTE, 2014). A mãe de Leonardo possivelmente está muito desacreditada, afinal, já foram 13 (treze) internações, e sua forma de lidar com esta situação é se ausentar do tratamento do filho, no grupo de Pré-internação no CAPS e na visita hospitalar.

Ainda no início da descoberta de um de seus membros com problemas decorrentes do uso de drogas, os pais ficam se questionando, “por que isto foi acontecer comigo?”, “Onde foi que eu errei?”, “Como encarar meus vizinhos?”, ou até

⁶ Todos os nomes que aparecerão ao longo das falas do diário de campo são fictícios, devido ao sigilo e ética.

mesmo, “O que dizer para meus amigos?”. “Surpresa, desorientação, decepção, vergonha, culpa, medo do que há por vir, impotência, desamparo, são sentimentos que tendem a predominar na dinâmica familiar da maioria dos grupos” (ROSA e CAVALCANTE, p. 51, 2014).

Nesta pesquisa o meu objetivo principal era acompanhar como se dá um grupo de preparação para internação de dependentes químicos, enquanto um dispositivo de cuidado ao usuário. Entretanto, penso, que o usuário e sua família andam juntos, e a partir do momento em que cuidamos do paciente, também estamos dando atenção às famílias. Ainda, o CAPS deve proporcionar cuidados aos familiares e trabalhar junto desses, pois esses são fatores importantes para a promoção da saúde dos usuários. (BRASIL, 2004).

A série de agravos, consequências e sofrimento que um quadro de dependência química ocasiona é bastante complexa e grave, então, a família também está inserida neste sofrimento e, por consequência, necessitando de cuidados. (ROSA e CAVALCANTE, 2014). Dentro das minhas possibilidades, trouxe a família para o tratamento dos usuários.

Normalmente quando a família procura o CAPS afim de um tratamento para o usuário, a mesma está muito ansiosa e tem como objetivo a desintoxicação, ou seja, a internação, a maioria das famílias partem da ilusão que, o paciente ao sair do Hospital estará “curado”, livre da dependência química, no entanto, sabemos que, a continuação do tratamento no serviço é de extrema importância para que, não ocorra a recaída. De uma maneira geral, existe uma avaliação majoritária da sociedade de que a internação voluntária ou involuntária, das pessoas que usam *crack*, soluciona imediatamente o problema (MARINHEIRO, 2012, citado por CORDEIRO, 2014).

“Na semana passada, acordei com os participantes do grupo, que trouxessem suas mães para o atendimento, combinei que conversaria com as mesmas das 8h às 9h e com eles das 9h às 10 h (horário habitual do grupo). Das quatro convidadas duas compareceram, conversamos sobre SEUS sentimentos, dentre eles o que mais surgiu foi vergonha, devido os furtos ocorridos nos últimos dias, até mesmo de alimentos de dentro de casa. Peço para que elaborem uma carta motivacional para os filhos para que eu entregue a eles no grupo, e por fim, oferto o Grupo de familiares.” (DIÁRIO DE CAMPO).

Rosa e Cavalcante (2014), afirmam que é necessário se responsabilizar e acolher, trabalhar para ter uma boa aproximação e ofertar o melhor cuidado possível. Para a maioria das situações, somente por ouvir a expressão “*Você não está mais só*

nesta situação, estamos com você!” A pessoa já sente diminuir o sofrimento, já se sente cuidada.

4.2 De quais lugares que a equipe fala?

Trabalhar em uma equipe interdisciplinar é fundamental para que possamos dividir saberes e efetuar trocas. Dentro de um CAPS I trabalham profissionais de muitas áreas, são enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, técnicos em enfermagem, uma gama realmente muito grande de trabalhadores da saúde, todos com foco em um único objetivo: o bem-estar dos sujeitos.

É comum os profissionais da saúde se sentirem frustrados com o tratamento destinado ao usuário de álcool e outras drogas, por causa de suas inúmeras idas e vindas (GODOY, 2014). Ao longo das entrevistas, com os profissionais, isto se fez presente nas falas.

[.] a gente vê, pessoas que durante o tratamento, como nós tivemos um caso, dois anos abstinente e agora ele recaiu, mais eu acredito que assim, é uma constante né? É uma constante mudança, vai te adaptando, vai te inserindo, tu vai buscando e a família também né?! [..] (ENTREVISTAS COM OS TRABALHADORES DO CAPS).

Godoy, p. 60, (2014) faz uma reflexão pertinente:

[...] o que seria sucesso terapêutico no tratamento de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas? E quem define o que seria “fracasso” ou “sucesso” terapêutico neste campo? As respostas a essas perguntas podem ser diametralmente opostas, dependendo da concepção de clínica utilizada como referencial. Mas podemos afirmar que, na clínica psicossocial, o “fracasso” ou “sucesso” terapêutico leva em conta muitas outras variáveis, para além da propalada abstinência. Por exemplo, uma pessoa que reduz seu uso de drogas, retoma seus laços familiares, para de roubar em casa para comprar drogas e começa a ampliar seu repertório vivencial, para além das drogas, poderia ser considerada um “fracasso” terapêutico porque não parou totalmente de usar drogas?

Ainda a autora, frisa a importância da clínica psicossocial ser centrada na singularidade dos sujeitos, a usuários que vão querer a abstinência, pois sua melhor forma de lidar com a droga é assim, enquanto outros vão adotar estratégias de redução de danos e gradualmente vão tentando chegar a abstinência. No entanto, “o importante é que essa trajetória seja construída com o próprio sujeito, apoiando-o nas

suas escolhas, de maneira a efetuar intervenções que busquem maior autonomia e corresponsabilização dele pelo seu cuidado” (GODOY, p. 60, 2014). Essas características reforçam os movimentos a serem praticados na clínica psicossocial.

Na equipe do CAPS I Florescer, ainda está muito arraigado a internação como foco de tratamento ao usuário de álcool e outras drogas, esta ideia aparece no cotidiano no serviço, visto que antes do grupo de pré-internação os mesmos sempre eram encaminhados para hospitais gerais e, no andar da pesquisa, escutei muitos profissionais me falarem: “motiva ele para internação” e isso segue em muitas falas das entrevistas realizadas.

“Hoje em dia, a gente tem que deixar uma coisa bem definida: toda dependência química ela tem, a partir do momento em que a gente pensar em fazer a desintoxicação ou o tratamento ao dependente a gente tem que ter bem ciente que tem sintomas de abstinência, então diferentes drogas vão ter diferentes síndromes de abstinência então hoje em dia eu acredito que é necessário a internação hospitalar num primeiro momento justamente para combater esses efeitos e os riscos.”(ENTREVISTAS COM OS TRABALHADORES DO CAPS).

“Eu acredito que o tempo das internações é muito curto, que tinha que ser um período bem maior, que o período é curto e ainda se tivesse as comunidades terapêuticas que eles poderiam continuar o tratamento né? Mas agora como não tem, muito pouco tempo para esse desintoxicação.” (ENTREVISTAS COM OS TRABALHADORES DO CAPS).

Braun (2007, p. 101) aponta que, não existem critérios cientificamente demonstrados para a internação de dependentes, todavia, pode-se dizer que ‘a internação é indicada quando houver riscos imediatos de vida ou lesão corporal grave, intoxicação grave ou falha de várias tentativas de tratamento ambulatorial’. Ao contrário do que muitas pessoas pensam, a internação não tem poder curativo. Em casos específicos, quando a intoxicação ou a síndrome de abstinência envolvem problemas clínicos graves, pode-se pensar em internar o paciente num Hospital (BRAUN, 2007).

Em concordância com Vedovatto (2010), precisamos acabar com o engano que somente os processos mais dolorosos como a internação de longa duração trarão ganhos para o usuário, a cura para a pessoa que usa drogas não está somente na internação, ela tem uma vida para além. ‘Temos que reconhecer que existem inúmeras alternativas para a questão do tratamento e prevenção e que as pessoas têm o direito de optar pela modalidade que melhor atenda às suas necessidades’ (VEDOVATTO, p. 165, 2010).

Durante a pesquisa, várias vezes me questionei, porque o foco de tratamento para usuários de álcool e outras drogas está tão voltado para a internação na equipe do CAPS, pressuponho que os profissionais encaminham por pensar que esta é sempre a melhor maneira de tratar a problemática, mas também nota-se que o serviço se acomodou com as práticas existentes, que estão pautadas em dois grupos: um para alcoolistas e outro para usuários de outras drogas, ambos coordenados pela mesma profissional, que tem mais conhecimento sobre o assunto.

Posto isso, nota-se que o serviço carece de outras práticas para este público, como grupo de artesanato (pinturas, colagens, bijuteria, costura), oficina de música, atividade de educação física, grupos de informações em geral (corpo e medicação), entre outros, cabe ressaltar que o CAPS Florescer oferta grupos similares, no entanto, poucas vezes - ou nunca - para usuários de álcool e outras drogas.

Eu acho que a gente sempre tem que melhorar alguma coisa né? estar sempre buscando estar atentos a equipe, porque, as vezes, tu vai se acomodando, tu vai, achando que já tá bom aquilo que tá sendo feito, mas eu acredito assim, o paciente está sempre esperando algo do profissional e eu acho que como equipe a gente pode melhorar mais, como profissional e como equipe, individualmente como profissional e como equipe eu acho que nós poderíamos melhorar. (ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DO CAPS).

O Brasil teve um crescimento significativo em serviços substitutivos nos últimos anos, apesar deste avanço, o país ainda é claramente deficitário na atenção às demandas geradas por usuários do sistema de saúde que procuram tratamento para o uso de drogas. As comunidades terapêuticas (CTs) ocupam a figura mais tradicional no cenário de cuidados para essas pessoas, as mesmas são extremamente heterogêneas e as estimativas quanto ao número delas no Brasil são elusivas (TÓFOLI, 2015).

A rigor, uma CT deve ser centrada na convivência voluntária e não envolve a administração de tratamento medicamentoso. Visto dessa forma, faria sentido o que muitas dessas comunidades pleiteiam: não serem consideradas serviços de saúde. No entanto, a experiência mostra que há diversos serviços – especialmente de natureza privada – que não respeitam esses critérios e ainda assim se denominam CTs. (TÓFOLI, p.3, 2015).

As Comunidades Terapêuticas fazem parte do cotidiano do CAPS, mesmo que não encaminhamos atualmente pacientes a elas, pois atualmente não tem nenhuma credenciada pelo SUS na região de Taquari. Durante a pesquisa houveram situações

em que pacientes do grupo de Pré-Internação deixaram de participar do mesmo para se internarem em Comunidades Terapêuticas de cunho religioso.

Tófoli (2015, p. 4) ressalta que 'a existência de instituições de cunho religioso que usem suas doutrinas como forma de tratamento não é, em si, um problema, se elas forem um recurso filantrópico sem verbas estatais, destinado unicamente ao cuidado de suas comunidades de fé'. Sendo assim, entendo que, as comunidades terapêuticas muitas vezes complementam tratamentos, e se foram realizadas respeitando a escolha do usuário e defendendo o cuidado em liberdade, não tem porque não acontecer.

A equipe do CAPS de forma unânime fala da importância da continuidade do grupo de Pré-Internação, todos perceberam o grupo como um dispositivo de maior vinculação entre paciente e trabalhador da saúde, bem como melhor adesão ao tratamento após a frequência no mesmo. Destacarei algumas falas:

Com certeza, pra continuar este trabalho né? Porque se não vai continuar como era antes, as pessoas chegavam aqui, já eram encaminhadas para internação e muitos não ficavam, a maioria desistia da internação porque não mostrava vontade, desistia, dois, três dias já desistia da internação. (ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DO CAPS).

Eu acredito que o grupo é fundamental, para ver mesmo o interesse do usuário, porque no momento que tu oferece um serviço para o paciente e o paciente ele chegou voluntariamente e se ele tem essa vontade, esse desejo de mudança, de largar o vício ele vai aderir, então, eu acho de fundamental importância pra também esclarecer como funciona, porque muitas vezes eles nem sabem, como funciona, o que fazer, então eu acho que norteia o tratamento dele ali, eu acho, o grupo. (ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DO CAPS).

Importante frisar que a psicóloga do Hospital ISEV também salientou a necessidade da continuação do grupo, pois essa ação de cuidado e melhor escuta, respondeu de forma positiva no seu cotidiano. Em diversos momentos, nas reuniões com o CAPS e o Hospital, a mesma destacava que o CAPS não estava suprindo com suas atividades a respeito da vinculação entre paciente de demanda de álcool e outras drogas e trabalhadores e que, atualmente, com o grupo, não há o que a reclamar a respeito da questão.

4.3 Novos rumos... Grupo de acolhimento para usuários de álcool e outras drogas, uma estratégia de cuidado.

Hoje, com o término desta pesquisa, percebo que a intitulação que a equipe do CAPS pensou para o grupo foi equivocada, suponho que “Grupo de Acolhimento para usuários de álcool e outras drogas” seria o mais adequado. Não que o grupo tenha mudado sua proposta, muito pelo contrário, do primeiro ao último dia, preconizei por um boa escuta, uma boa acolhida, seguida de um bom vínculo. Mudaria o “pré-internação” porque nem todos usuários foram para a internação, devido a suas singularidades, existiu outro plano terapêutico que não era o recurso hospitalar.

Vedovatto (2010), faz uma colocação muito pertinente, e inspirada nela que modificaria o termo dependentes químicos.

Na esfera de saúde, também cometemos esse erro ao criarmos rótulos usando termos técnicos “adictos”, “dependentes químicos”, “drogados” ou, ainda, os termos do senso comum: “viciado”, “maconheiro”, “craqueiro”, em que usamos uma nomenclatura baseada nas formas de uso de determinada substância ou ainda baseada na própria substância, tirando do SUJEITO/INDIVIDUO sua essência principal que é o de SER HUMANO, de ser pessoa. Assim, temos que rever este posicionamento pois temos que reconhecer que o Sujeito é muito mais que a droga que usa, que existe SIM uma pessoa que usa droga e, ao invés de usarmos os jargões técnicos ou do senso comum, nos referimos a ela como uma PESSOA que usa droga. (VEDOVATTO, p. 163, 2010).

O grupo de Pré – Internação para dependentes químicos, sempre aconteceu nas dependências do CAPS, sendo registradas nos prontuários dos usuários, para que os profissionais do serviço conseguissem acompanhar os encontros do grupo, o que estava sendo feito, bem como o comparecimento ou não dos usuários ao grupo.

Antes do grupo de Pré-Internação os usuários de álcool e outras drogas não realizavam o projeto terapêutico com a participação da equipe, mesmo que, a teoria diga que esta é uma prática necessária. A partir do momento em que se iniciou o grupo, os pacientes começaram a protagonizar seu tratamento, ou seja, com esta nova possibilidade de cuidado, o profissional de saúde tem que reconhecer as singularidades de cada usuário.

De acordo com Alarcon (2014, p. 202), ‘o mais importante para um projeto terapêutico não é saber o tipo de droga usada. Ainda que seja necessário em termos orgânicos, essa é apenas uma parte do problema, quase sempre um efeito, uma

consequência, não a causa', destacando a importância de entender o contexto da vida que a droga é usada.

No período em que estive acompanhando o grupo, a maioria dos casos foram severos, em uso excessivo de álcool e outras drogas, ou seja, o diagnóstico precoce não aconteceu, quer dizer, que os casos já estavam em estado graves. Alarcon (2012), salienta que o tratamento iniciado logo é uma ferramenta fundamental no prognóstico do transtorno. Não se trata apenas de contatar a utilização da droga, mas de fazer a averiguação, se este uso é somente para a “experimentação”, ou ainda, ao “uso abusivo sem dependência”. Ainda Alarcon (2012), frisa a importância de não se “psiquiatrizar” um comportamento considerado normal em determinado contexto cultural.

[..] a dependência química requer um diagnóstico interdisciplinar, por meio do qual tanto uma equipe de saúde quanto o próprio usuário e seus familiares possam apoiar-se para construir estratégias de transformação. Essas estratégias devem visar, idealmente, não apenas a abstinência ou à exclusiva redução de danos, mas, principalmente, à possibilidade de construção de horizontes vitais que sejam, a um só tempo exequíveis e sedutores para o utente (ALARCON, p.133, 2012).

A maioria dos casos atendidos no Grupo de Pré-Internação foram usuários de crack, em uso diário, se fôssemos usar dados estatísticos seria 85% usuários de crack, 10% usuários de álcool, mais especificamente a cachaça, e 5% usuários de cocaína.

O *crack* é a cocaína transformada em um composto disponível para o consumo através do fumo. A droga se popularizou por ser de baixo custo. “O vapor derivado da queima do *crack* produz intenso efeito euforizante entre 10 a 15 segundos após sua inalação, [...] o complexo das sensações obtidas com o uso dessa base bicarbonada de coca pode durar de 5 a 15 minutos.” Normalmente, devido as sensações serem curtas, o usuário tende a usar a droga diversas vezes, ocasionando assim, os efeitos colaterais (ALARCON, 2012).

As consequências agudas do uso não se limitam aos efeitos psicofarmacológicos (alucinações, delírios, taquialia, agitação psicomotora, agressividade), mas também a alterações orgânicas gerais, como perda da neuroregulação da função pulmonar, edema pulmonar, hemorragia alveolar, barotrauma, reações de hipersensibilidade e doença pulmonar intersticial. A falta de apetite pode levar a uma grave desnutrição, e esta, conseqüentemente, a uma baixa de imunidade, facilitando o aparecimento de infecções oportunistas derivadas, especialmente a tuberculose e pneumonia. Por sua vez, os comportamentos de risco prevalentes às condições do uso

(como associação ao tráfico, prostituição, roubos etc) favorecem a disseminação de hepatites e Aids [...] (ALARCON, 2012, p. 123).

“Vandré, 32 anos, ainda na sala de espera do CAPS me chama dizendo precisar de uma internação urgente, falo que conversaremos em breve, este é o seu segundo encontro no Grupo de Pré – Internação, já comparece mais limpo e arrumado, bem como, mais participativo, relata estar com repugnância de usar a droga, *“tenho nojo dos meus dedos queimados”* (SIC). Paciente não tem contato com sua família, o mesmo conta que eles só o ajudam financeiramente e que eles nem sabem que ele está no CAPS procurando ajuda. Relata que sabe como sessar o uso, *“é só ir para barranca do rio, por um período, sem dinheiro, sem amigos que eu consigo...”* (SIC), no entanto, prefere o caminho do CAPS.” (DIÁRIO DE CAMPO)

As queixas referentes ao uso de drogas, principalmente o crack, emergiram muito durante a pesquisa, os pacientes relatam que sentem muita vergonha depois do uso, pois muitos deles passam de casa em casa contando histórias tristes, bem como, roubam comida dos armários de suas casas para conseguir dinheiro para usar a mesma. As queixas relacionadas as reações da droga, são as mais diversas, como: não conseguir falar, muita transpiração, muita sede e pressão sob.

No meu último encontro no Grupo de Pré-Internação, Nilton, 56 anos me disse *‘tu me deu mais cinco anos de vida’*, essa frase me deixou entusiasmada, com a sensação de dever cumprido, e que sim, a escuta qualificada, acolhimento e vínculo, fazem toda diferença quando falamos de tratamento em saúde mental. Alarcon (2014, p. 227) acrescenta que precisamos conhecer os pacientes *‘para além do reducionismo dos diagnósticos e das lesões orgânicas eventuais. Cultivar o bom vínculo como esse sujeito como a precondição singular do projeto terapêutico’*. Para finalizar, gostaria de, novamente, ressaltar a importância de escutar as histórias e compreender as marcas, que vão muito além da problemática das drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta pesquisa era acompanhar como acontecia um grupo de Pré-Internação para dependentes químicos em um serviço de saúde mental, enquanto um dispositivo de cuidado ao usuário, no CAPS I Florescer de Taquari. Antigamente o paciente, ao chegar para o acolhimento e falar que é usuário de álcool e outras drogas, era muitas vezes pouco escutado e quase sempre encaminhado para os hospitais para uma internação.

Atualmente, testemunho este movimento como passado, e que bom que podemos amadurecer, crescer e aprender. Hoje, com o grupo, isto não acontece mais, o paciente chega para o acolhimento, é atendido, e logo encaminhado para o grupo de Pré-Internação para usuário de álcool e outras drogas. A equipe amadureceu, a partir de diversos movimentos, também com o Hospital, que por vezes, nos questionava sobre a vinculação que estávamos tendo com nossos usuários.

Vejo que, com esta pesquisa, o grupo se fortificou, pois muitas vezes discutíamos assuntos pertinentes ao grupo em reuniões, semanalmente estava no CAPS para a realização do mesmo, sempre me organizei para chegar mais cedo e conseguir conversar com os profissionais antes do grupo, para entender como o paciente foi encaminhado, como chegou ao serviço, quem atendeu, perguntas pertinentes na passagem de um caso.

Presumo que muitas dificuldades encontradas pela equipe do CAPS são reflexos da gestão pública, que não investe de maneira necessária na rede de saúde mental do município, por vezes, deixando o trabalhador da saúde desmotivado para o trabalho, sem material para oficinas, sem transporte para visitas e busca dos pacientes, entre outras dificuldades que percorrem o cotidiano do CAPS.

Creio que este trabalho contribuiu para que a rede de saúde mental do município possa repensar suas práticas a respeito do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Espero que o grupo de Pré-Internação permaneça à disposição de futuros novos pacientes, visto que, o mesmo é uma ótima ferramenta de vinculação entre trabalhadores da saúde e usuário. Mas, infelizmente, este movimento não depende de uma só pessoa.

Por fim, com este trabalho percebo a importância de estar sempre repensando maneiras de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, como ressalva Vedovatto

(2010, p. 166) e 'criando estratégias que permitam criar alternativas, resiliências, expectativas, novos desejos, não só no campo da Saúde, mas no campo da Educação, da Cultura, do Esporte, do Lazer e da Justiça'.

Também, termino a pesquisa satisfeita, pois identifiquei que a equipe se movimentou e refletiu sobre suas práticas, bem como, aceitou o Grupo de maneira positiva, pois perceberam a necessidade de sua existência. E feliz de entender a importância de escutar o paciente de maneira singular, e reconhecer esse como uma pessoa, com direitos, deveres, desejos e necessidades.

REFERÊNCIAS

ALARCON, Sergio. Critérios para o diagnóstico de dependência química. In: Sergio Alarcon; Marco Aurelio S. Jorge. (Org.). **Álcool e Outras Drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. 1ed.Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2012, v. 1, p. 131-150.

ALARCON, Sergio. O Uso Prejudicial e a Dependência de Álcool e Outras Drogas. In: Marco Aurelio Soares Jorge; Maria Cecilia de Araújo Carvalho; Paulo Roberto Fagundes da Silva. (Org.). **Políticas e Cuidado em Saúde: contribuições para a prática profissional**. 1ed.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, v. I, p. 201-228.

ANDRADE, M. T.; ESPINHEIRA, C.G. D'A. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira. Módulo 1. Capítulo 1. In: DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. (Org.). **O Sistema Único de Assistência Social e as Redes Comunitárias**. Módulo 7. 11ª edição. Brasília: Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016. p. 146.

ANDRADE, M. T.; RONZANI, T. M. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. Módulo 1. Capítulo 2. In: DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. (Org.). **O Sistema Único de Assistência Social e as Redes Comunitárias**. Módulo 7. 11ª edição. Brasília: Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016. p. 146.

ANGNES, N. R. *et al.* Conceitos Winnicottianos integrados na clínica ampliada: um olhar sobre o tratamento do transtorno mental grave na infância. **Estudos e Pesquisas em Psicologia** (Online), v. 13, p. 977, 2013.

BARROS, L.P., KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCOSSIA, Liliana da (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010. 207 p. ISBN 978-85-205-0530-4.

BEZERRA, E. N. R.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o Apoio Matricial na Atenção Básica. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 28, p. 632-645, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. (1 ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica Ampliada**. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde/DAPE. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** (2 ed.). Brasília: Ministério de Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** (2 ed.). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil.** Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRAUN, Ivan M. **Drogas: perguntas e respostas.** São Paulo: MG Editores, 2007.

CRUZ, M.S. (Org.). As redes comunitárias e de saúde no atendimento aos usuários e dependentes de substâncias psicoativas. 4. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2009. SUPERA – Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: **Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento.** Módulo 6.

COLVERO, L. de A.; MACHADO, AL; Unidades de internação psiquiátrica em hospital geral: espaços de cuidados e a atuação da equipe de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n.5, p. 672-677, 2003.

CORDEIRO, Francisco; [Recurso eletrônico] **Álcool e sociedade.** Módulo 1. Universidade Federal de Santa Catarina; Walter Ferreira de Oliveira; Henrique Carneiro [orgs.]. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. 63p.: il.,grafs. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/>. Acesso em 04 maio 2017.

DUARTE, P. C. A. V.; DALBOSCO, C. (Org.). A política e a legislação brasileira sobre drogas. 10. Ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2016. SUPERA – Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: **Política Nacional Sobre Drogas.** Módulo 7. 2016.

FONSECA, E.M; BASTOS, F. I. Os Tratados Internacionais Antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. In: Marco Aurelio Soares Jorge; Maria Cecilia de Araújo Carvalho; Paulo Roberto Fagundes da Silva. (Org.). **Políticas e Cuidado em Saúde: contribuições para a prática profissional.** 1ed.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014, v. I, p. 201-228.

GARCIA, L.; et al (Org.). A Política Nacional de Saúde Mental e a Organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde – SUS. 10. Ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2016. SUPERA – Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: **A construção da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil**. Módulo 7. 2016.

GODOY, M. G. Processo de trabalho nos serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas. Módulo 5. Bárbara Cabral; Jonas Salomão Sprícigo [orgs.]. **Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão**. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/ UFSC, 2014. 75p. Disponível em: <<https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/>>. Acesso em: 15 maio 2017.

_____. A Política Nacional de Saúde Mental e a Organização da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde – SUS. 10. Ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2016. SUPERA – Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: **O SUS e a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. Módulo 7. 2016.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCOSSIA, Liliana da (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010. 207 p. ISBN 978-85-205-0530-4.

KASTRUP, V.; BARROS, R. B. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 17-31.

NUNES, D. C. et al. “...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...”. In: SANTOS, L. M. B. (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. p.15-26. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

MAYER, Rose Teresinha da Rocha. A contribuição do centro de referência em redução de danos: nossas palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. In: **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**, Loiva Maria de Boni Santos [org], Porto Alegre: Ideograf. Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010, p. 87 - 98.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. 296 p. ISBN 85-271-0614-0

MERHY, Emerson Elias. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-10.pdf>> Acesso em: 18 de setembro de 2016.

_____. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?** São Paulo: 1999. Disponível em <http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf> Acesso em: 21 setembro 2016.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Clínica: a palavra negada- sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, RJ, v. 25, n.58, p. 98-111, 2001. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavraneogada.pdf>> Acesso em: 27 setembro 2016.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; ESCOSSIA, Liliana da (Org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010. 207 p. ISBN 978-85-205-0530-4.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da. (Orgs). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2010. p. 17-31.

PAULON, Simone Mainieri. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, n. 3, v. 17, set./dez. 2005. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid. Acesso em: 19 de outubro de 2016.

ROCHA, Helen dos Santos. **Acolhimento x Programa Saúde da Família: Um olhar sobre o cotidiano de um equipe de saúde da família**. 2010. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família e comunidade, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

VEDOVATTO, S. M. A. Contrapondo o discurso midiático sobre drogas. Nem tão feios, nem tão sujos, nem tão malvados, pessoas de bem também usam drogas! In: SANTOS, L. M. B. (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. p.15-26. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

QUEIROZ, D. T.; VALL, J. ; SOUSA, A. M. A. E. ; VIEIRA, N. F. C. . Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem (UERJ)**, v. 15, p. 276-283, 2007.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia e cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. **Temas em Psicologia**, v. 21, p. 483-497, 2013.

ROSA, L.CAVALCANTE, R. Recursos e estratégias do cuidado. Módulo 6. In: Bárbara Cabral; Jonas Salomão Sprícigo [orgs.]. **Álcool e Outras Drogas, da Coerção à**

Coesão. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/ UFSC, 2014. 75p. Disponível em: <https://unarus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/>. Acesso em: 27 maio 2017.

TÓFOLI, L.F. Políticas de Drogas e Saúde Pública: Algumas incongruências entre políticas de drogas, saúde coletiva e direitos humanos no Brasil. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos** (Impresso), v. 21, p. s/n, 2015.

ANEXO 1 – ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

1. Você percebe alguma modificação no cuidado ao dependente de álcool e outras drogas com o grupo;
2. Você nota, que após o grupo, o paciente tem mais adesão ao tratamento;
3. Você acredita que o grupo é uma boa ferramenta enquanto estratégias terapêuticas ao usuários
4. Você acha que o grupo deve continuar após o término desta pesquisa: porque:
5. Qual a sua opinião a respeito das internações em Hospitais Gerais para dependência química
6. Como você percebe o acolhimento e a construção no Plano Terapêutico Singular do usuário de drogas no serviço? Fale sobre sua experiência desde que começou atuar no serviço e se viu transformações ao longo do tempo, e o que poderia ser diferente.