

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

BEATRIZ CESAR LAURIA

**“EU NÃO SOU UMA DROGA”:
UM DIÁLOGO HERMENÊUTICO SOBRE A GAM NO CAPS AD**

SANTOS

2020

BEATRIZ CESAR LAURIA

“EU NÃO SOU UMA DROGA”:

UM DIÁLOGO HERMENÊUTICO SOBRE A GAM NO CAPS AD

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, modalidade profissional, do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Luciana Togni de Lima e Silva Surjus

SANTOS

2020

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L384? Lauria, Beatriz Cesar.
EU NÃO SOU UMA DROGA: Um diálogo hermenêutico sobre a
GAM no CAPS AD. / Beatriz Cesar Lauria; Orientadora Luci-
ana Togni de Lima e Silva Surjus. -- Santos, 2020.
222 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2020.

1. Gestão Autônoma da Medicação. 2. Medicamentos psi-
quiátricos. 3. Uso de drogas. 4. Autonomia. 5.
Cogestão. I. Surjus, Luciana Togni de Lima e Silva, Ori-
ent. II. Título.

CDD 610.7

BEATRIZ CESAR LAURIA

“EU NÃO SOU UMA DROGA”:

UM DIÁLOGO HERMENÊUTICO SOBRE A GAM NO CAPS AD

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, modalidade profissional, do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dr^a. Luciana Togni de Lima e Silva Surjus
Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista (UNIFESP)

Prof. Dr. Sidnei José Casetto
Universidade Federal de São Paulo – campus Baixada Santista (UNIFESP)

Prof^a Dr^a Claudia Fegadolli
Universidade Federal de São Paulo – *campus* Diadema (UNIFESP)

Prof. Dr. Marcelo Kimati Dias
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Prof^a Dr^a Maria Cristina Gonçalves Vicentin (suplente)
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

*Ao companheiro Fábio,
pela parceria de uma vida,
à filha Clara e ao filho Raul,
frutos desse amor!*

AGRADECIMENTOS

Aos **meus pais**, por tudo!

Ao **Fábio**, meu companheiro, pelo amor e apoio incondicional para tornar este sonho possível.

Aos **meus irmãos**, em especial a **Claudia Lauria**, pelo amor e pelo apoio nas etapas finais desta pesquisa, sobretudo por se deixar tocar pelas novas questões da Saúde Mental (e, como sempre, pela revisão do Português!).

À **Profª Drª Luciana Surjus**, pela orientação ética, pela capacidade analítica, pela confiança, pelo incentivo, pela generosidade e pelo cuidado com quem conduziu todo o processo de desenvolvimento da pesquisa, só tenho a agradecer.

Ao **Prof. Dr. Sidnei Casetto**, pela leitura cuidadosa, pelas valiosas contribuições em todo o percurso do mestrado, desde os seminários à defesa, e pelo carinho por esta pesquisa.

À **Profª Drª Cláudia Fegadolli**, pela leitura cuidadosa que fez da pesquisa, ainda em fase germinal e pelas correções preciosas.

Ao **Prof. Dr. Marcelo Kimati**, pela belíssima contribuição com os processos históricos ao qual esta pesquisa está inserida, e pelos apontamentos inovadores para seguir pesquisando.

Ao **Prof. Dr. Alexandre Henz**, pelas conversas sobre a GAM e pelas observações instigantes.

À **minha sogra Amélia** e a **amiga Rafaela Rocha**, pelo incentivo e contribuição para meu ingresso no Mestrado.

À **Universidade Federal do Estado de São Paulo** e a todos os colaboradores envolvidos.

À **lendária Turma do Mestrado Profissional 2018**, por tudo, e para sempre, pelo apoio direto e indireto, e pelo simples fato de fazer os últimos dois anos os mais agradáveis possíveis, em especial à Érika Marinheiro e ao Leandro Ferreira, companheiros em todas as etapas da pesquisa.

À **Coordenação de Saúde Mental do Município de Santos** por viabilizar e apoiar a concretização desta pesquisa.

À **equipe e chefia de seção do CAPS AD, Nathalia Barros de Andrade**, por todo o apoio e colaboração para o desenvolvimento da pesquisa.

Ao **companheiro de trabalho Roberto Tykanori**, pela belíssima condução do grupo de estudos no CAPS AD, e pelas contribuições com a temática de álcool e drogas que ajudaram no desenvolvimento da pesquisa.

Aos **usuários do CAPS AD**, em especial aos participantes do grupo GAM, pelas importantíssimas contribuições para essa pesquisa.

Aos moderadores da GAM: **Yara Garcia, Fabrício Taipina Feitosa e Roberta Castelhana**, pela partilha de conhecimento e afetos alegres.

Ao **CAPSi Tô Ligado**, em especial a **Naira Rodrigues**, pela confiança e carinho, que me despenderam para o desenvolvimento da pesquisa.

Aos **membros do Observatório Internacional de Práticas da Gestão Autônoma da Medicação**, pelas trocas e aprendizado.

Aos **amigos** dessa caminhada: **Luciana Werneck, Marta Priolli, Edna Lúcia, Tahamy Louise, Patrícia Carvalho e Naiara Barros**, pelos bons encontros.

A todos os que de algum modo contribuíram e acreditaram que essa pesquisa se concretizaria.

Clara e Raul, meus pequenos. Obrigada, meus filhos! Agora, acabou!

A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca. A cada dia se passam muitas. Porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece. Dir-se-ia que tudo o que se passa está organizado para que nada nos aconteça.

Jorge Larrossa Bondía

RESUMO

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) é uma estratégia de cuidado emancipatório em saúde mental, desenvolvida no Canadá e adaptada ao contexto brasileiro, que visa à produção de autonomia do usuário no contexto de seu cuidado. A partir dos desafios do cuidado em liberdade oriundos do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, tem sido crescente a preocupação com o uso pouco crítico de medicamentos psiquiátricos em serviços de saúde mental. Por outro lado, a questão do consumo de outras drogas, especialmente as ilícitas, tem tomado a centralidade nos movimentos contrarreforma, fazendo avançar a discussão sobre os direitos humanos em contexto de maior vulnerabilidade. Neste estudo, parte-se de uma problematização pouco aprofundada na literatura que propõe uma aproximação entre estas questões a partir da identificação das contribuições da implementação da estratégia da GAM, na organização de um Centro de Atenção Psicossocial de referência para cuidados a pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas (CAPS AD), atentando para possíveis peculiaridades do campo de álcool e outras drogas. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, sob o referencial da hermenêutica crítica e narrativa, à luz dos filósofos contemporâneos Hans George Gadamer e Paul Ricoeur. Os procedimentos utilizados para produção dos dados foram a realização de um grupo focal com os trabalhadores e o registro em diário de campo da experiência de realização de um grupo GAM no CAPS AD do município de Santos/ SP. O exercício hermenêutico interpretativo envolveu a organização dos principais núcleos argumentais, seguidos de construções narrativas elaboradas pela pesquisadora. A partir desse material produzido, buscou-se produzir um diálogo entre usuários e trabalhadores, destacando as principais aproximações e distanciamentos entre estas produções e relacionando-as com autores que dialogam com a temática de álcool e outras drogas. Os resultados da pesquisa apontam para a vivência de alta vulnerabilidade e criminalização do usuário de drogas e as internações recorrentes em Comunidades Terapêuticas, como resposta à pobreza, denunciam a precarização dos serviços de saúde e ausência de outras políticas públicas, além de sua repercussão na descontinuidade do cuidado. Evidenciam, ainda, um desvalor à biografia do usuário na postura médica, bem como a predominância/priorização do tratamento medicamentoso no CAPS AD e indicam a necessidade de radicalizar a discussão dessas prescrições e reorganizar as ofertas de cuidado, propiciando o exercício de cogestão no serviço.

Palavras-chave: Gestão Autônoma da Medicação; medicamentos psiquiátricos; uso de drogas; autonomia; cogestão.

ABSTRACT

Autonomous Medication Management (GAM) is an emancipatory care strategy in mental health, developed in Canada and adapted to the Brazilian context, aimed at producing user autonomy in the context of their care. Based on the challenges of care in freedom arising from the process of the Brazilian Psychiatric Reform, there has been a growing concern about the non-critical use of psychiatric drugs in mental health services. On the other hand, the issue of consumption of other drugs, especially illicit drugs, has taken center stage in counter-reform movements, advancing the discussion on human rights in a context of greater vulnerability. In this study, we start from a little depth questioning in the literature that proposes an approximation between these issues based on the identification of the contributions of the implementation of the GAM strategy, in the organization of a reference Psychosocial Care Center for the care of people with related problems to the use of drugs (CAPS AD), paying attention to possible peculiarities of the field of alcohol and other drugs. This is a qualitative study, based on critical and narrative hermeneutics, in the light of contemporary philosophers Hans George Gadamer and Paul Ricoeur. The procedures used to produce the data were the realization of a focus group with the workers and the recording in the field diary of the experience of conducting a GAM group at CAPS AD in the city of Santos / SP. The interpretative hermeneutic exercise involved the organization of the main argument centers, followed by narrative constructions elaborated by the researcher. From this material produced, we sought to produce a dialogue between users and workers, highlighting the main approaches and distances between these productions and relating them to authors who dialogue with the theme of alcohol and other drugs. The research results point to the experience of high vulnerability and criminalization of drug users and the recurrent hospitalizations in Therapeutic Communities, in response to poverty, denounce the precariousness of health services and the absence of other public policies, in addition to their repercussion on discontinuity. care. They also show a devaluation of the user's biography in the medical posture, as well as the predominance / prioritization of drug treatment in the CAPS AD and indicate the need to radicalize the discussion of these prescriptions and reorganize the care offers, allowing the exercise of co-management in the service .

Keywords: Autonomous Medication Management; psychiatric drugs; drug use; autonomy; co-management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Círculo hermenêutico de Ricoeur	56
Figura 2 – Círculo hermenêutico da pesquisa	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Caracterização dos profissionais que participaram do grupo focal	60
Quadro 2 - Por que e para que um CAPS AD?	62
Quadro 3 - Que sofrimento é esse?	64
Quadro 4 - Qual é a oferta de cuidado?	67
Quadro 5 - Todo mundo faz tudo?.....	73
Quadro 6 - Autonomia e direitos	78
Quadro 7 - O papel da droga na sociedade e seus desdobramentos	82
Quadro 8 - Caracterização do grupo GAM em função do tempo decorrido e temas nos passos do Guia GAM-BR	89
Quadro 9 - Comunidade Terapêutica: usos e seus desdobramentos	91
Quadro 10 - Desvalor, desconfiança, culpa, vergonha e medo	92
Quadro 11 - Territórios vividos: rede formal e informal de apoio	95
Quadro 12 - Direitos? E autonomia	97
Quadro 13 - Substâncias psicoativas	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do grupo GAM em função do gênero dos participantes e frequência	85
Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo a faixa etária	86
Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo a escolaridade	86
Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo raça/cor	86
Tabela 5 - Distribuição de participantes em situação de rua	86
Tabela 6 - Distribuição dos participantes segundo o tempo de tratamento no CAPS AD	87
Tabela 7 – Distribuição dos participantes segundo as ofertas de cuidado que estão inseridas no CAPS AD	87
Tabela 8 – Distribuição dos participantes que foram encaminhados pelo CAPS AD para a Comunidade Terapêutica	87

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS CENTRO	Centro de Atenção Psicossocial do Centro
CAPS ORQUIDÁRIO	Centro de Atenção Psicossocial do Orquidário
CAPS PRAIA	Centro de Atenção Psicossocial da Praia
CAPS VILA	Centro de Atenção Psicossocial da Vila
CAPS ZNO	Centro de Atenção Psicossocial da Zona Noroeste
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CT	Comunidade Terapêutica
GAM	Gestão Autônoma da Medicação
Guia GAM-BR	Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LEPETS	Laboratório de Estudos e Pesquisas em Formação e Trabalho em Saúde
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
Observatório GAM	Observatório Internacional de Práticas da Gestão Autônoma da Medicação
PAI	Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SECEPREV	Seção de Prevenção ao uso de Substâncias Psicoativas
SENAT	Seção Núcleo de Atenção ao Toxicodependente
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIFESP-BS	Universidade Federal de São Paulo – <i>campus</i> Baixada San- tista
USF	Unidade de Saúde da Família
USF MARTINS FONTES	Unidade de Saúde da Família Martins Fontes
UPA	Unidade de Prontoatendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
1.1	Política de Saúde Mental no Brasil	19
<i>1.1.1</i>	<i>Campo álcool e outras drogas</i>	<i>25</i>
1.2	Explicitando a tradição e o contexto do CAPS AD em Santos/SP	30
1.3	Gestão autônoma da medicação	35
<i>1.3.1</i>	<i>Gestão autônoma da medicação em Santos</i>	<i>37</i>
2	OBJETIVOS	40
2.1	Objetivo geral	40
2.2	Objetivos específicos	40
3	PERCURSOS METODOLÓGICO	41
3.1	A pesquisa hermenêutica crítica e narrativa	41
3.2	(Des)Formação em farmácia e a formação no SUS: explicitando os preconceitos e a inserção da pesquisadora	44
3.3	Campos de estudo	50
3.4	Grupos de interesse	51
3.5	Produção de dados	52
3.6	A construção narrativa e os procedimentos de interpretação	54
4	RESULTADOS	59
4.1	Grupo focal	59
<i>4.1.1</i>	<i>Núcleos argumentais identificados no grupo focal</i>	<i>61</i>
<i>4.1.1.1</i>	<i>Eixo concepção e organização do serviço</i>	<i>61</i>
<i>4.1.1.2</i>	<i>Eixo concepção e organização das práticas</i>	<i>66</i>
<i>4.1.1.3</i>	<i>Eixo concepção e organização da equipe</i>	<i>73</i>
<i>4.1.1.4</i>	<i>Eixo autonomia e direitos</i>	<i>77</i>
<i>4.1.1.5</i>	<i>Eixo medicamentos psiquiátricos e outras drogas</i>	<i>82</i>
4.2	Grupo GAM	84
<i>4.2.1</i>	<i>Diário de campo</i>	<i>89</i>
<i>4.2.2</i>	<i>Núcleos argumentais - Grupo GAM</i>	<i>90</i>
<i>4.2.2.1</i>	<i>Eixo comunidade terapêutica</i>	<i>90</i>
<i>4.2.2.2</i>	<i>Eixo sofrimentos do usuário de drogas</i>	<i>92</i>
<i>4.2.2.3</i>	<i>4.2.2.3 Eixo territórios vividos: rede formal e informal de apoio</i>	<i>94</i>

4.2.2.4	Eixo autonomia e direitos	96
4.2.2.5	Eixo substâncias psicoativas	101
5	DISCUSSÃO	105
5.1	Desafios	108
5.1.1	<i>Peculiaridades do campo álcool e outras drogas</i>	112
5.1.2	<i>Potencialidades</i>	116
5.2	Diálogo entre trabalhadores e usuários do CAPS AD	117
5.2.1	<i>Distanciamentos</i>	117
5.2.1.1	Origem e finalidade do serviço	120
5.2.1.2	O trabalho e as práticas terapêuticas	129
5.2.1.3	Há desconexão do saber científico com o saber experiencial dos usuários .	130
5.2.1.4	Legalização das drogas	132
5.3	Aproximações	132
5.3.1	<i>Não é a droga o sofrimento do usuário</i>	165
5.3.2	<i>Não falamos de drogas neste serviço</i>	136
5.3.3	<i>Há na postura médica uma desvalorização à biografia do usuário</i>	138
5.3.4	<i>Concepção de equipe e médico</i>	142
5.3.5	<i>Referência técnica</i>	143
5.3.6	<i>A prescrição de medicamentos e seus desdobramentos nas práticas de cuidado</i>	145
5.3.7	<i>O prazer do usuário de drogas</i>	146
5.4	Pistas para reorganização das práticas de cuidado do CAPS AD	151
5.5	Narrativas dos trabalhadores e dos usuários	152
5.5.1	<i>Acolher é fundamental, mas o que fazer, como fazer?</i>	157
5.5.2	<i>Será que foi a droga que fez isso comigo ou foi outra coisa?</i>	163
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	166
	REFERÊNCIAS	180
	ANEXO A – Declaração de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santos	181
	ANEXO B - Carta de autorização do CAPS AD – Santos	182
	ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP	187
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	190
	APÊNDICE B – Roteiro do grupo focal	192

1 INTRODUÇÃO

Iniciamos este estudo compartilhando alguns aspectos importantes para situar o leitor sobre o nosso ponto de partida: a travessia de uma farmacêutica da saúde mental que, em virtude das marcas produzidas pelo trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), se enveredou pelo caminho da pesquisa. Essas peculiaridades estão contextualizadas na tradição da Reforma Psiquiátrica e nas reflexões diante do cenário de avanços e retrocessos da Política de Saúde Mental brasileira.

A temática a ser apresentada está assentada num ponto crítico e não reformado da Reforma Psiquiátrica - o fenômeno da medicalização, que transforma problemas não médicos em problemas que devam ser tratados pelo campo médico e, portanto, passíveis de serem diagnosticados e tratados com o uso de medicamentos, somado ao aumento assombroso do uso de psicofármacos.

De modo preciso, o campo estudado e vivido é o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) de Santos/SP, serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, orientado pela política de saúde a priorizar o cuidado em saúde em liberdade e no território. O questionamento que se manifesta, na visão de uma profissional de saúde mental que, entre outras atribuições, dispensa medicamentos, é cunhado na organização do serviço, que oferta medicamentos psiquiátricos em profusão para usuários de outras drogas.

Incomodadas diante desta problemática, que acarreta desdobramentos prejudiciais aos usuários de drogas, e apresentadas a uma estratégia emancipadora de cuidado em saúde mental, chamada Gestão Autônoma da Medicação (GAM), que nos apoiaremos com o objetivo de identificar as contribuições desta estratégia na organização das práticas do CAPS AD. De modo específico, verificaremos se a estratégia incide sobre a organização de espaços para a ampliação da autonomia dos usuários do serviço, sobre a identificação de possíveis peculiaridades do campo álcool e outras drogas na utilização da estratégia GAM e para contribuir na ampliação da atuação do farmacêutico no CAPS AD.

Dessa maneira, após a exposição da conjuntura na qual a pesquisa está situada, demonstraremos a organização estrutural do texto, que se inicia a partir de uma breve contextualização atual da Política de Saúde Mental no Brasil, pontuando avanços e retrocessos, com destaque ao eixo de álcool e outras drogas, perpassando pela Redução de Danos e Comunidades Terapêuticas.

Posteriormente, será caracterizado o CAPS AD de Santos/SP, com destaque ao processo de trabalho e composição da equipe, seguido da apresentação da GAM, enfocando seus princípios norteadores do trabalho: autonomia e cogestão. E, para finalizar a introdução, compartilharemos a experiência com a GAM no município de Santos/SP.

O percurso metodológico será apresentado a seguir, evidenciando o tipo de pesquisa e sua abordagem, a explicitação da historicidade da pesquisadora, o campo de estudo, os grupos de interesse, os procedimentos escolhidos para a produção de dados e a proposta de interpretação para o material produzido.

A seguir, será apresentada a sistematização dos resultados, por meio dos eixos e seus referidos núcleos argumentais identificados no material produzido com trabalhadores e usuários. Iniciaremos a discussão a partir da apresentação do acompanhamento do processo do grupo GAM, marcado pelos desafios, potências e peculiaridades do campo álcool e outras drogas e lançaremos mão de um diálogo entre estes atores, marcando as aproximações e distanciamentos, seguidos de possíveis pistas para a reorganização das práticas de cuidado do CAPS AD.

Por fim, apresentaremos algumas considerações, as contribuições deste estudo, bem como os limites e movimentos referentes à realidade com a qual a pesquisa se comprometeu atravessada em seu término pela pandemia do COVID-19, sendo necessários alguns ajustes para o seguimento da pesquisa. E ainda, a abertura de portas para o desenvolvimento de novos estudos.

1.1 Política de Saúde Mental no Brasil

Até a década de 80, o tratamento disponibilizado para as pessoas com sofrimento mental grave se dava, no Brasil, basicamente através de internações em hospitais psiquiátricos, com foco na terapia medicamentosa e no isolamento social. Embora a prática da institucionalização da loucura tenha sido amplamente propagada no país, concepções advindas do modelo de Reforma Psiquiátrica italiano abalaram sua hegemonia (KINOSHITA, 2009).

O princípio norteador de tais concepções italianas se baseava na desinstitucionalização¹, tendo Franco Basaglia como seu principal idealizador e a psiquiatria tradicional como importante alvo de suas críticas. Para Basaglia (1982),

[...] certamente uma das terapias mais importantes para combater a loucura é a liberdade. Quando um homem é livre tem a posse de si mesmo, tem a posse da própria vida, e, então, é mais fácil combater a loucura. Quando eu falo de liberdade, falo de liberdade para a pessoa trabalhar, ganhar e viver, e isto já é uma luta contra a loucura. Quando há possibilidade de se relacionar com os outros, livremente, isso torna-se uma luta contra a loucura (BASAGLIA, 1982, p. 72).

Em 1989, após a Intervenção do Hospital Anchieta pelo poder público do município de Santos, desencadeou-se um processo de transformação da assistência em saúde mental, que repercutiu no restante do país (KINOSHITA, 2009). Esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do movimento social da luta antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de alteração do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica.

Este importante movimento impulsiona um campo de disputa de paradigmas: psiquiátrico e psicossocial. O primeiro, alvo de críticas da Reforma, ainda hegemônico, diz respeito a um campo de atuação restrito aos serviços, com o foco na doença, advindo de formas prescritivas de tratamento com ênfase nos aspectos médicos e biológicos. O segundo, um modelo centrado no sujeito que valoriza as singularidades, o cuidado no território e objetiva a reinserção social (AMARANTE, 2000; LEÃO; BARROS, 2012).

Cabe ressaltar que a Reforma Psiquiátrica eclode no Brasil em concomitância com a Reforma Sanitária e os dois movimentos se unem por partirem de princípios e diretrizes semelhantes, almejando novas formas de cuidado e orientados por um acolhimento humanizado e pela produção de vida e de saúde, não se restringindo à cura de doenças (SOUZA; RIVERA, 2010). Neste sentido, Souza e Rivera (2010, p. 122) destacam que:

¹ O conceito desinstitucionalização foi utilizado na pesquisa segundo a definição de Saraceno, Asioli e Tognoni (1994), que consiste em trabalhar para eliminar a realidade e a cultura institucional (manicomial) e suas consequências: violência, miséria, isolamento, falta de dignidade, injustiça e ampliação da enfermidade institucional, seja dos pacientes, seja dos que cuidam deles. Ainda, segundo Rotelli (2001, p. 18), a desinstitucionalização italiana pode ser compreendida como

um processo social complexo, que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, [...] a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, [...] a produzir estruturas de saúde mental que substituam integralmente a internação em hospitais psiquiátricos e que nascem da remontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que ali estavam depositados.

Tendo se originado no âmbito da Reforma Sanitária e se afirmado como um movimento de caráter democrático e social, a Reforma Psiquiátrica brasileira intenta buscar melhores condições de saúde e de vida para as pessoas que se encontram em sofrimento psíquico.

O bacharel em filosofia e médico psiquiatra Sérgio Alarcon (ALARCON; JORGE, 2012) também diz que a Reforma Psiquiátrica, apesar de sua especificidade, se coaduna com os referenciais da Reforma Sanitária. Propõe desconstruir um modelo baseado apenas em um entendimento biomédico dos transtornos mentais e construir um novo estatuto social para as pessoas que apresentam um sofrimento psíquico, incluindo-as como atores de sua própria inserção na sociedade, e ainda acrescenta que a Reforma não pretende romper com a prática clínica, tampouco com a psiquiatria, apenas redimensioná-la, acabando com os efeitos maléficos da prática de institucionalização do sujeito (ALARCON; JORGE, 2012).

Os princípios do movimento da Reforma Psiquiátrica iniciado na década de 80 tornam-se uma política de Estado apenas em 2001, quando foi sancionada a Lei nº 10.216, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde (BRASIL, 2001).

A partir daí, são regulamentados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados na ocasião como serviços estratégicos em um modelo substitutivo ao hospital psiquiátrico, definidos como as unidades centrais da Rede de Atenção à Saúde Mental no SUS (SOUZA, 2012). As suas diretrizes para funcionamento foram estabelecidas por meio da Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002a) e os serviços foram regulamentados pela Portaria nº 189, de 20 de março de 2002 (BRASIL, 2002b), momento em que estes serviços experimentaram grande expansão.

Os CAPS, em sua área de abrangência, possuem o objetivo de atender usuários que necessitem de cuidado em saúde mental, inclusive aqueles com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, proporcionando, além das estratégias medicamentosas e psicoterapêuticas, ações que incluam o campo da moradia, do trabalho assistido, do lazer e da cultura, com ênfase na reinserção social, obedecendo à lógica territorial (BRASIL, 2013).

Considerando as diretrizes das Portarias MS nº 336/2002 (BRASIL, 2002a) e nº 2.841/2010 (BRASIL, 2010), que regulamentam nestes serviços a população de abrangência, o modo de funcionamento, a especificidade da demanda e a composição da equipe, os CAPS têm seis diferentes modalidades: CAPS I (até 70.000 habitantes), CAPS II (até 200.000 habitantes), CAPS III (acima de 200.000 habitantes e funcionamento 24 horas), Centro de Atenção Psicossocial Infância e Adolescência (CAPSi) II (infância e adolescência), CAPS AD II (álcool e drogas) e

CAPS AD III (álcool e drogas 24 horas). A equipe deve ser composta por pelo menos um médico (geralmente psiquiatra, com exceção do CAPS I), um enfermeiro, profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, entre outros, de acordo com o projeto terapêutico do serviço) e profissionais de nível médio (técnicos/auxiliares de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional, artesão, entre outros).

Em 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)², por meio da Portaria nº 3.088/2011, uma política de saúde mental que busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária (BRASIL, 2011a). A rede integra o SUS e estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas que necessitam de cuidado em saúde mental, inclusive aqueles decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a).

Com esta nova proposição da Política de Saúde Mental que prevê que o cuidado em Saúde Mental ocorra em liberdade, em uma proposta multidisciplinar, que valorize a história, cultura e o cotidiano das pessoas na construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), abre-se a possibilidade do sujeito tornar-se ativo em seu tratamento (BRASIL, 2011a).

Vale destacar que estes avanços históricos validados nas políticas públicas de Saúde Mental no Brasil, vêm sofrendo constantes desconstruções a partir do golpe de 2016. Em 21 de dezembro de 2017, é publicada a Portaria nº 3.588 (BRASIL, 2017a), que altera as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). A mudança traz a desestruturação da lógica organizativa da RAPS e coloca os manicômios de volta na RAPS. A Portaria apresenta ainda o aumento do número de leitos psiquiátricos em hospital geral, passando de 15% para 20% e exige ocupação de 80% em leitos de saúde mental em hospital geral como condicionante para recebimento de recursos de custeio (BRASIL, 2017a).

A sequência de retrocessos na PNSM perdura e se consolida no cenário nacional da atualidade, haja vista que, no início de fevereiro de 2019, foi publicada a Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019a), que reforçava o que já havia sido instituído na Portaria nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017a) e apresentava como novo ponto, o incentivo à prescrição e realização de eletroconvulsoterapia, além de recolocar o hospital psiquiátrico no centro da assistência em saúde mental, desvalorizando toda a rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2019a).

² Embora a Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011) tenha sido revogada por consolidação à Portaria nº 03/2017 e alterada pela Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017a), reconhecemos na primeira a coerência técnica e legitimidade dos anseios expressos nas Conferências Nacionais de Saúde Mental.

Não haveria mais o chamado “modelo substitutivo”, os dois modelos de atendimento coexistiriam e com isso haveria a possibilidade do repasse financeiro oriundo de altas ou fechamento de leitos psiquiátricos não mais serem repassados para os serviços comunitários e passíveis de serem aplicados na própria rede hospitalar (BRASIL, 2019a; LIMA, 2019).

Embora tenha sido oficialmente retirada pelo Ministério da Saúde, por força das pressões sociais, compreendeu-se a publicação de tal nota técnica (BRASIL, 2019a) como um forte anúncio das intenções políticas e técnicas da Coordenação Nacional de Saúde Mental atual, as quais vêm sendo reforçadas através da emissão de resoluções e portarias que apontam retrocessos na política de saúde mental.

É o retorno do modelo hospitalocêntrico na Política de Saúde Mental, com o intuito de enfraquecer os CAPS e fomentar a implantação de dispositivos de lógica manicomial restritivos de autonomia e liberdade.

A mudança da lógica de cuidado pelo processo de desospitalização e fechamento de hospícios, por si só, não transforma tal realidade e não resolve a questão dos direitos dos usuários. Os equipamentos substitutivos (CAPS) podem configurar outro aprisionamento sustentado por práticas manicomiais (totais), através do uso da medicação como instrumento de poder e vigilância, de visitas domiciliares com objetivo de monitoramento, além de outras práticas. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012; RAMMINGER; BRITO, 2012).

A centralidade da transformação da assistência reside na concepção de uma nova compreensão da loucura e do sofrimento mental, não se restringindo a mudanças apenas de ordem técnica e organizacional, atingindo, portanto, outros campos, como o da clínica e o da formação de recursos humanos. No campo da clínica, o desafio é, ao mesmo tempo, pensar práticas que respeitem os princípios fundamentais que englobam a capacidade normativa psíquica, existencial e social do sujeito e que ampliem o alcance da rede (clínica ampliada), com a inserção de novas categorias profissionais e novas orientações teóricas (BEZERRA, 2007).

No aspecto da formação, nos deparamos com o ingresso de profissionais jovens nos serviços, que não viveram o ideário da Reforma Psiquiátrica e que já chegam após as transformações políticas terem se consolidado, o que torna o desafio da formação ainda maior, pois ainda que a teoria e a técnica sejam sólidas, é necessário que elas suscitem uma vocação crítica e criativa, capaz de sustentar os desafios contínuos de um processo de transformação, como o da reforma (BEZERRA, 2007).

Embora se reconheça que o SUS tenha alcançado avanços históricos inegáveis, valorizando o cuidado do sujeito na sua integralidade, contrapondo o modelo médico centrado, ele permanece com ofertas de cuidado em saúde mental pautadas e/ou reduzidas à prescrição de psicotrópicos³ (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

O processo de aumento de prescrições de psicotrópicos nos serviços de saúde mental está relacionado com os fenômenos da medicalização e medicamentação da vida, os quais vêm crescendo a cada ano. Entende-se por medicalização o processo de tornar a vida um objeto da medicina, fazendo com que problemas não médicos se transformem em diagnosticáveis e tratáveis como problemas médicos, não se restringindo ao uso de medicamentos. E a medicamentação representa o uso de medicamentos em situações medicalizadas (AMARANTE, 2007; DANTAS, 2009).

Dentro do processo crescente de intervenção da medicina psiquiátrica no cuidado às pessoas e do aumento da prescrição de psicofármacos, merece destaque a indústria farmacêutica. Como qualquer setor empresarial, o interesse é fomentar e estimular o consumo de seus produtos, inclusive que haja a ocorrência de mais doenças associadas a mais tratamentos, além de ser o setor que financia grande parte das pesquisas e eventos educativos na área (BARROS, 1983; ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Embora, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica e a medicalização aconteçam na mesma época, final da década de 80 e início da década de 90, não constituem o mesmo processo, pois partem de referenciais históricos diferentes. Segundo Kimati e Muhl (2020), a unificação dos referenciais diagnósticos e a epidemia do uso de psicotrópicos é um fenômeno mundial, que ocorreu em concomitância a uma mudança de política de saúde mental no país. Os princípios que fazem com que a medicalização ocorra e que exista uma rede pautada em hospitais psiquiátricos têm relação com o capitalismo contemporâneo.

Seguindo a partir desse cenário, de um Estado neoliberal e medicalizante da vida, Clarke et al. (2010, apud ZORZANELLI; ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014), amplia o conceito da medicalização e denomina biomedicalização, um processo complexo, não apenas ditado pelo imperialismo médico, mas pela sociedade em que vivemos:

³ Os termos “psicotrópicos”, “psicofármacos” e “substâncias psicoativas” foram utilizados neste estudo como equivalentes, não havendo para nós nenhuma variabilidade entre eles. O uso alternado dos termos neste texto possui mera finalidade estética.

[...] compreendido por uma nova economia biopolítica da medicina, saúde e doença, por mudanças nas formas de viver e de morrer, pela formação de uma arena complexa na qual os conhecimentos biomédicos, serviços e tecnologias são cada vez mais intrincados, e por um novo e cada vez mais acirrado foco na otimização e no aperfeiçoamento individual por meios tecnocientíficos e na elaboração do risco e da vigilância no nível individual, grupal, e de população (ZORZANELLI, ORTEGA; BEZERRA JÚNIOR, 2014, p. 1864).

Podemos perceber estes e outros entraves na política de saúde e em outras políticas sociais a partir dos anos 90, quando projetos mercantilistas e privatistas começam a influenciar e constranger a consolidação dos direitos – fala-se em “desmonte de direitos”. A implementação da Reforma Sanitária brasileira foi considerada tardia em relação às concepções de estado de bem-estar social internacional e, os princípios do SUS, que deveriam provocar mudanças profundas na saúde, não foram sustentados durante esta década devido à influência do neoliberalismo (BRAVO, 2006).

1.1.1 Campo álcool e outras drogas

O uso prejudicial de drogas é um fenômeno complexo e multicausal que envolve dimensões biológicas, psíquicas, sociais e culturais, constituindo-se, portanto, um problema de saúde pública desafiador, que requer esforços constantes para implementação de políticas públicas integradas e abrangentes (TEIXEIRA; RAMÔA; ENGSTROM, 2017).

Segundo Lima (2013), a revisão de literatura sobre as políticas públicas de drogas no Brasil permitiu identificar, entre avanços e retrocessos, dois posicionamentos políticos no campo da formulação de políticas públicas: o proibicionismo e a Redução de Danos (RD).

O modelo proibicionista ou “guerra às drogas” concentra esforços na redução da demanda e oferta de drogas e tem como objetivo maior o combate ao tráfico e a criminalização de traficantes e usuários, visando um mundo “livre de drogas”, calcado na abstinência. Por outro lado, o antiproibicionismo tem seu fundamento calcado na descriminalização e na legalização das drogas e sustenta que as pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas tenham seu direito assegurado na oferta de cuidado em saúde em liberdade, não reclusas em ambiente prisional (LIMA, 2013; TEIXEIRA; RAMÔA; ENGSTROM, 2017).

A perspectiva da RD é oriunda das práticas desenvolvidas no contexto de epidemia de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), na cidade de Santos. Em 1989, quando altos índices de transmissão do HIV estavam relacionados ao uso indevido de drogas injetáveis, criou-se o primeiro programa público de troca de seringas, como uma estratégia de prevenção ao vírus do HIV e as hepatites virais entre os usuários de drogas injetáveis (PASSOS; SOUZA, 2011).

Ao longo dos anos a RD foi se transformando e atualmente é considerada uma perspectiva de cuidado humanizado e não punitivo; possui como base o acolhimento, a construção de vínculo e a busca de construção de itinerários terapêuticos de baixa exigência, centralizando o cuidado no sujeito e não na droga (PETUCO; MEDEIROS, 2009).

Em um estudo mais recente, a autora Rameh-de-Albuquerque (2017) propõe que os dois grandes blocos chamados “proibicionista-abstinência” e “antiproibicionista-redução de danos”, apesar de divergentes, possuem semelhanças nas práticas de cuidado, quando o profissional utiliza a RD de forma travestida, com intuito de alcançar a abstinência. Nesta situação, a aparente perspectiva antiproibicionista tende a tornar-se “proibicionista-abstinência”.

Seguindo o mesmo raciocínio, a autora refere-se ao álcool, substância legalizada e a mais consumida no mundo, que poderia a priori não estar contida na díade “proibicionista-abstinência”. No entanto, quando surge o alcoolista, a solução é livrá-lo da droga. Da mesma forma contém alguma separação na díade “antiproibicionista – redução de danos” e para esta problematização, Marllat (1999, apud RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2017), que aduz que nem todo redutor de danos⁴ é antiproibicionista, pois há aqueles que, ao se ancorarem no modelo da abstinência, utilizam a RD para atingir a meta final: o não uso de drogas.

Neste estudo, não nos aprofundaremos em todos os modelos que se ancoram nos paradigmas abstinência-proibicionismo: âmbitos da saúde, biomedicina, jurídico, moral, religioso e redução de danos-antiproibicionismo: psicossocial e construcionismo social; focaremos no modelo psicossocial, problematizando-o com outros modelos de cunho proibicionista, além de discorrermos sobre os avanços e retrocessos no cenário político atual sobre as drogas.

Dentro do modelo psicossocial, o CAPS AD é o principal serviço especializado em ofertar cuidado às pessoas que sofrem em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, compondo a RAPS.

⁴ Os redutores de danos são geralmente pessoas da própria comunidade, usuários e/ou ex-usuários de drogas ou pessoas da rede de relações sociais de usuários, lideranças comunitárias, profissionais de nível médio e universitário e outras pessoas que tenham facilidade na comunicação e contato com a população específica, e que possuam, principalmente, compromisso com a questão da promoção da saúde e cidadania de usuários de drogas.

Mesmo com a transformação da assistência, o campo álcool e outras drogas não abrangeu todas as peculiaridades que envolvem o cuidado a este segmento populacional, apresentando uma lacuna assistencial, pois várias são as interfaces que o atravessam, como a conotação moral, o preconceito e o estigma. No entanto, o direcionamento das políticas públicas caminha do proibicionismo às drogas para crescentes incorporações da perspectiva da RD nas práticas do cuidado em saúde (ALVES, 2009).

Outro modelo de tratamento oferecido às pessoas que sofrem em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, de cunho proibicionista, é a Comunidade Terapêutica (CT), “livre de drogas”. São organizações da sociedade civil que já tiveram várias incursões na história, desde o modelo norte-americano, hierárquico, ao modelo europeu, democrático (TINOCO, 2006). Neste estudo, ativemo-nos no modelo atual destas instituições privadas, sem fins lucrativos.

Segundo consta na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101, atual RDC nº 29, de 30.6.2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), as CT:

"[...] são serviços urbanos ou rurais, de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial. São unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência reinserção social entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social." (BRASIL, 2011b, p. 3).

Na prática, têm-se observado discrepâncias no funcionamento de grande parte destas instituições. O Conselho Federal de Psicologia (CFP), juntamente com o Ministério Público Federal, fez uma inspeção, no ano de 2017, em 11 estados brasileiros e no Distrito Federal; em 28 comunidades terapêuticas foram verificadas inúmeras violações de direitos humanos, como: punições físicas e psicológicas, constrangimentos e maus-tratos, internações involuntárias e compulsórias, violações à liberdade, à privacidade, à livre circulação, exploração de mão de obra, administração irregular de medicações, violação à liberdade religiosa e demais violações de direitos (CFP, 2018).

A CT, apesar das controvérsias, foi inserida na RAPS, conforme Portaria nº 3.088/2011, art. 9º, juntamente com as Unidades de Acolhimento (UA), constituindo pontos de atenção residencial de caráter transitório (BRASIL, 2011a). Além da controvertida inserção, posteriormente foi instituído incentivo financeiro de custeio às CTs, a partir da publicação da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a).

II - Serviços de Atenção em Regime Residencial, entre os quais Comunidades Terapêuticas: serviço de saúde destinado a oferecer cuidados contínuos de saúde, de caráter residencial transitório por até nove meses para adultos com necessidades clínicas estáveis decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011a).

As implicações decorrentes da inserção das CTs na RAPS versam sobre a instituição não atender às exigências da ANVISA (BRASIL, 2011b) para ser considerada um estabelecimento de saúde e por atuar na perspectiva manicomial, com cunho religioso e desprovida de uma equipe técnica para compor a rede de saúde mental (ROSA; GUIMARÃES, 2019).

A implantação da Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, no Governo Temer, gerou significativas mudanças na PNSM, na contramão dos avanços da Reforma Psiquiátrica, que preconiza a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial e, o mais grave, sem a tradição prevista na cultura da participação de pesquisadores e representantes dos movimentos sociais (BRASIL, 2017a).

A ampliação do incentivo financeiro para as Comunidades Terapêuticas de 4.000 para 20.000 vagas evidencia o total desinvestimento na RAPS/SUS, em benefício a instituições não públicas que tendem a violar direitos humanos. Há uma disparidade de valores oferecidos por usuário/mês em cada serviço. Para o Governo Federal, um usuário/mês em CAPS AD II, com porta aberta, ou seja, sem limites de atendimento, custa, em média, R\$ 43,00, enquanto o mesmo usuário/mês para uma CT custa aproximadamente R\$1.100,00, para no máximo 50 pessoas (ROSA; GUIMARÃES, 2019).

Destaco a análise de Paulo Amarante (2018)⁵, sobre a implantação da Portaria nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017a).

⁵ Paulo Amarante é capixaba, natural de Colatina. No Rio de Janeiro especializou-se em psiquiatria e se tornou um dos pioneiros do movimento brasileiro da Reforma Psiquiátrica

É nítido que a internação em comunidades terapêuticas e no modelo manicomial é o grande foco central do cuidado, evidenciado no crescente financiamento de dispositivos antirreformistas de saúde mental, tendo em vista a possibilidade de mercado que isso representa para a indústria da doença e da loucura. Isso tudo camufla os reais interesses representados pelos empresários dos hospitais psiquiátricos e da indústria farmacêutica que perderam 60 mil leitos no país para os serviços substitutivos (AMARANTE, 2018, p. 5-6).

Em fevereiro de 2019, já se anunciavam fortes mudanças do que estaria por vir na Política Nacional de Drogas, com a publicação da anteriormente citada Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019a), a qual, embora tenha sido retirada oficialmente, dispunha sobre mudanças na PNSM, indicando retrocessos ao dissociar a política de saúde mental da política de álcool e outras drogas.

O desmantelamento da Política de Drogas não pararia por aí, a nota explicitava as mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2019b) sobre o abandono da estratégia de RD e enfatizava que:

[...] Estratégias de tratamento terão como objetivo que o paciente fique e permaneça abstinente, livre das drogas. Para lograr esse objetivo, diferentes estratégias de ação podem ser utilizadas, tais como Promoção de Abstinência, Suporte Social, Promoção da Saúde e Redução de Riscos Sociais e à Saúde e Danos (BRASIL, 2019b, s.p.).

Este anúncio se consolida através do Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019, o qual extinguiu a Política Nacional de Redução de Danos, revogando o Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002 (BRASIL, 2002c), que instituíu a Política Nacional Antidrogas e tinha como base a RD (BRASIL, 2019b).

Entre as principais medidas decretadas, o atual governo marca o início de sua gestão com a tentativa de pôr fim às políticas institucionais vigentes baseadas na RD, redirecionando o olhar para o uso de drogas através de “tratamentos” em Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2002c; 2019b).

As Comunidades Terapêuticas atuam na contramão da proposta de uma Unidade de Acolhimento (UA), pois seus eixos centrais são o isolamento e a restrição do convívio social, sendo a abstinência a principal estratégia de atuação (BRASIL, 2011a; 2019b).

A pasta da política de álcool e outras drogas atualmente está sob a responsabilidade do Ministério da Cidadania, por meio da recém-criada Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, o que representa uma estratégia de desvinculação do cuidado ofertado a usuários da saúde mental do cuidado ofertado ao usuário de drogas, fomentando ainda mais a chamada “guerra às drogas” (BRASIL, 2019b).

Outra medida decretada, em 24 de julho de 2020, em plena pandemia do COVID-19 no Brasil versa sobre a regulamentação do acolhimento de jovens com idade entre 12 e 18 anos incompleta em Comunidades Terapêuticas, aprovada pelo Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas, que se reuniu, extraordinariamente, por videoconferência (BRASIL, 2020).

As recentes modificações realizadas na PNSM, incluindo o campo álcool e outras drogas, ferem os princípios da Lei nº 10.216/2001, ao priorizar serviços não territoriais de caráter fechado, ao invés de fortalecer os pontos da Rede de Atenção Psicossocial, com destaque para os CAPS e representam um risco real às estratégias psicossociais consolidadas pela Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001).

Ressalto que estas mudanças não se coadunam com o posicionamento ético e político da pesquisadora, baseado na democracia, que valida os atos normativos concebidos com a participação dos órgãos de controle social em políticas públicas de saúde.

1.2 Explicitando a tradição e o contexto do CAPS AD em Santos/SP

A cidade de Santos é o pólo da região metropolitana da Baixada Santista, no litoral sul do Estado de São Paulo, protagonista de diversas ações nos campos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, tendo sido considerada referência para o país e para a política pública de saúde.

O pioneirismo no campo da Reforma Psiquiátrica se consolidou com o fechamento de um hospital privado, conhecido como “Casa de Saúde Anchieta”, em 1989, a partir de uma intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, seguida da implementação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) (KINOSHITA, 2009).

Em setembro de 1989, uma equipe do hospital, juntamente com alguns usuários que estavam sob seus cuidados, inauguraram o primeiro NAPS, em uma das regiões mais pobres do município de Santos – a Zona Noroeste; nos anos seguintes, outros quatro serviços foram inaugurados em outras regiões (BENEVIDES, 2007).

Os NAPS se constituíram como pontos de apoio territoriais, com funcionamento vinte e quatro horas, objetivando que as pessoas pudessem conquistar e ampliar seus espaços na sociedade e que pudessem ser ocupados com legitimidade, dignidade e liberdade. Assim, não se pensou em núcleos de assistência meramente sanitários, mas com uma concepção de processos de enfrentamentos e conquistas dos pacientes (KINOSHITA, 2009).

O Núcleo de Atenção ao Toxicodependente foi criado no ano de 1995, ainda nas dependências da Casa de Saúde Anchieta⁶. A Seção Núcleo de Atenção ao Toxicodependente (SENAT) foi inaugurada no início dos anos 2000 e cadastrada como CAPS com o Decreto nº 7.020, de 2015 (PREFEITURA DE SANTOS, 2015), publicado no Diário Oficial de 19.1.2015, uma vez que houve a alteração da nomenclatura de NAPS e SENAT para CAPS, com a intenção de unificar a nomenclatura com os demais serviços de saúde mental da base nacional.

A RAPS de Santos atualmente é composta por cinco CAPS modalidade III, um CAPS AD modalidade II, três RD e uma Seção de Reabilitação Psicossocial. A rede infanto-juvenil é composta por três CAPSi, sendo dois deles modalidade II e um modalidade III de referência para hospitalidade integral. Ainda integram a RAPS do município: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Consultório na Rua, os Pronto Socorros, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e o Pólo de Atenção Intensiva em Saúde Mental (PAI)⁷ para internações breves.

A Secretaria Municipal de Saúde, por intermédio do CAPS AD, também possui uma parceria, por meio de Termo de Fomento, com uma CT, denominada “Comunidade Terapêutica Sol Nascente”, que fica localizada no município de Peruíbe/SP; esta parceria é reavaliada anualmente através de vistoria do Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas, Conselho Municipal de Saúde de Santos e por técnicos do CAPS AD. A instituição é uma entidade sem fins lucrativos destinada ao abrigo de dependentes químicos e que opera sobre o tripé trabalho, convivência e espiritualidade. A unidade atende apenas o público masculino e a internação ocorre por um período de seis meses.

O CAPS AD de Santos está inscrito na modalidade II. Conforme consta na Portaria nº 336/2002, um CAPS inserido na modalidade II possui capacidade operacional de atender municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes (BRASIL, 2002a).

⁶ Memórias do psiquiatra Roberto Tykanori, interventor do Anchieta, ex-coordenador de Saúde Mental do governo Dilma e atual psiquiatra do CAPS AD.

⁷ Instalado em Santos, o PAI da Baixada Santista é a referência hospitalar para atendimento em casos de urgência e emergência. O equipamento funciona em regime integral, em plantões de 24 horas, para atender pacientes de ambos os sexos, inclusive adolescentes, encaminhados pela central de regulação da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Este serviço é utilizado em casos de necessidade de desintoxicação ou em quadros de síndrome de abstinência alcoólica, considerando que o CAPS AD não é modalidade II e, portanto não disponibiliza leitos para acolhimento integral e ainda devido as dificuldades com a Rede de Urgência e Emergência – no tocante a garantia de leitos em hospitais gerais.

Segundo o último Censo 2010 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Santos possui uma população de 419.400 pessoas e uma população estimada em 2019 de 433.311 pessoas, sendo, portanto considerado insuficiente para ofertar cuidado com qualidade à demanda de pessoas que possuem problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas (IBGE, 2011). Atualmente, o número de usuários cadastrados ultrapassa 12.000 (doze mil), sendo estimados em média 600 (seiscentos) usuários por mês em acompanhamento ativo, conforme a pesquisa realizada.

O CAPS AD II de Santos presta atendimento integral às pessoas com necessidades específicas decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas e o funcionamento ocorre das 8 às 18 horas, em dois turnos, de segunda a sexta, exceto em feriados. A sede está localizada no bairro Macuco, região central, ponto de alta concentração de pessoas em situação de rua, segundo estimativas do 4º Censo do município de Santos, iniciado em outubro de 2019, mas ainda inconcluso, uma parceria entre a Secretaria de Desenvolvimento Social e a Universidade Federal de São Paulo – *campus* Baixada Santista (UNIFESP-BS).

A equipe multidisciplinar é composta por técnicos de nível superior, a saber: quatro médicos psiquiatras (três estatutários e um contratado via RPA), duas enfermeiras, duas psicólogas, uma assistente social, um farmacêutico, dois terapeutas ocupacionais (sendo um chefe de seção) e técnicos de nível médio: três acompanhantes terapêuticos, dois administrativos (sendo um chefe administrativo), dois técnicos de enfermagem e três funcionários da limpeza (contrato por empresa terceirizada).

A assistência prestada no CAPS AD II às pessoas que apresentam transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas ocorre de “portas abertas” com a presença de uma dupla de profissionais, um deles responsável pelos acolhimentos iniciais (primeiro atendimento no serviço) e outro pelo plantão (intercorrências/demandas emergentes), além de profissionais que compõe a ambiência⁸, e inclui as seguintes atividades: atendimentos individuais e grupais semanais, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimentos familiares, atividades comunitárias e assembleias mensais.

⁸ O conceito de ambiência preconizado na política de humanização do Ministério da Saúde foi incorporado à saúde mental e refere-se a aspectos relacionados à estrutura física e material do CAPS, considerando a ambiência como o espaço social, profissional e relacional, enfocando especialmente a dimensão qualitativa que permite operar em um serviço em que a cor, o conforto, a privacidade, o sentir-se acolhido e seguro e a oferta de espaços de expressão de subjetividades são potencialmente decisivos no processo de atenção psicossocial (BRASIL, 2010).

Os profissionais que realizam o acolhimento inicial tornam-se os profissionais de referência que acompanharão o caso e serão responsáveis pela articulação e acompanhamento do PTS. A elaboração do PTS é feita conjuntamente entre equipe, usuário e familiares e devem ser consideradas as necessidades de saúde de cada usuário, com ênfase em sua dimensão subjetiva e singular. Objetiva-se com esta relação horizontal alicerçar-se nas tecnologias relacionais, tais como acolhimento, escuta e vínculo (JORGE et al., 2015).

Diariamente, com duração de uma hora, ocorre a passagem de plantão com a presença de toda a equipe, exceto às sextas feiras, quando ocorre um grupo de estudo com duração de duas horas. Este grupo ocorre desde agosto de 2016 e é coordenado pelo psiquiatra do serviço, Roberto Tykanori Kinoshita, que tem problematizado com a equipe o fenômeno da dependência das drogas, a partir do referencial teórico de dois grandes autores, o neurocientista contemporâneo Umberto Maturana⁹ e o filósofo do século XVII, Baruch Spinoza¹⁰.

No início de 2019, os profissionais do CAPS AD experimentaram arranjos organizacionais, como as mini-equipes de referência; a princípio, organizaram-se em quatro mini-equipes, separadas por regiões, que cobriam a Zona Noroeste (CAPS ZNO), a região central (CAPS CENTRO), a região da orla (CAPS PRAIA) e a região dos morros com parte da orla (CAPS VILA e CAPS ORQUIDÁRIO).

Esta proposta, de caráter provisório, partiu do CAPS AD, com o objetivo de funcionar como um apoio matricial, aproximando a temática das drogas das equipes dos demais CAPS e visando ampliar a autonomia dos profissionais destes serviços no cuidado dos usuários que fazem uso de álcool e outras drogas. No entanto, foi realizado por um curto período de tempo, devido às baixas de profissionais por aposentadorias, transferências (sem reposições) e licenças de saúde, além de tal esforço não ter surtido o resultado desejado, uma vez que os profissionais das mini-equipes eram apenas aproveitados como pontos de referência no cuidado ao segmento especializado.

⁹ Humberto Maturana é biólogo, nascido em 1928 em Santiago, no Chile. Iniciou seus estudos acadêmicos na medicina, mas acabou seguindo carreira na biologia. Obteve Ph.D em biologia na Universidade de Harvard, e trabalhou em neurofisiologia no M.I.T. Atualmente é professor do Departamento de Biologia na Universidade do Chile. Sua obra de maior destaque chama-se *Cognição, Ciência e Vida Cotidiana*. Seu principal conceito é o da autopoiese.

¹⁰ Baruch de Espinosa (1632-1677) foi um filósofo holandês. É considerado um dos pensadores da linha racionalista, da qual faziam parte os filósofos Leibniz e René Descartes. As obras de Espinosa mais conhecidas: "O Breve Tratado", "O Tratado da Correção do Intelecto e a "Ética", que estão inclusas na primeira parte de sua "Filosofia" (1660-1663); "Os Princípios" (1663), "Tratado Teológico-Político" (1670), quando foi obrigado a sair da cidade onde vivia, Voorsburg.

No que diz respeito ao apoio matricial, Chiaverni et al. (2011, p. 13) descreve:

Matriciamento ou apoio matricial é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica [...] A nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação [...] O apoio matricial é distinto do atendimento realizado por um especialista dentro de uma unidade de atenção primária tradicional.

Foram mantidas três das quatro mini-equipes, porém centradas no CAPS AD, com discussões semanais com duração de uma hora, com o objetivo de compartilhar com os demais profissionais da equipe um acompanhamento dos projetos terapêuticos singulares.

Hoje são bem tímidas as ações de apoio matricial do CAPS AD nas UBS (32 Unidades entre policlínicas e Unidade de Saúde da Família [USF]); as poucas ações que ocorrem são sempre guiadas através dos casos, de forma isolada.

Quanto à estrutura, o CAPS AD funciona em imóvel locado na região do Macuco desde 2011, em instalações não adequadas para o funcionamento de um CAPS. Anteriormente da instalação do CAPS, a casa era alugada para um serviço de telemarketing e, portanto, existiam muitas baias, nas quais foram instaladas divisórias sem isolamento acústico, o que compromete a escuta e o sigilo.

Outra questão importante diz respeito ao modo como a casa foi construída em relação à entrada principal e à garagem, pois ambas possuem fácil acesso às dependências da parte de trás da casa, dificultando o controle da recepção e da segurança. Algumas idéias para sanar este problema foram apresentadas à gestão, como, por exemplo, a construção de um muro lateral, o que até o presente momento não foi realizado.

Uma característica de um CAPS AD II, prevista na Portaria nº 336/2002, refere-se à necessidade do serviço, incluso nesta modalidade, de manter de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso (BRASIL, 2002a). Vale destacar que, desde início de 2019, após vistoria da Vigilância Sanitária Municipal, a enfermaria e farmácia foram interditadas com a alegação de ambiente insalubre.

A farmácia e a enfermaria estão localizadas nos fundos da casa. O teto de ambas as instalações é revestido com forros frágeis e, portanto, em dias chuvosos, pendem e caem e, em decorrência disso, facilitam a passagem de roedores na cobertura da casa, que constantemente roem as capas dos fios elétricos e de rede.

Com a interdição da farmácia, o profissional farmacêutico passou a atender e dispensar os medicamentos para os usuários do CAPS AD na farmácia do CAPS CENTRO, pela proximidade da região, a compartilhando o espaço com o farmacêutico do referido serviço.

1.3 Gestão autônoma da medicação

O aumento do uso de medicamentos tem sido considerado um grave problema de saúde pública no mundo contemporâneo. No campo da saúde mental, essa preocupação está associada aos efeitos de seu uso crônico e à falta de participação da população no planejamento e na tomada de decisões sobre o tratamento que lhes convém, reduzindo a possibilidade de ampliação da autonomia e da participação social. A GAM tem sido considerada uma metodologia de caráter emancipatório, voltada para o enfrentamento dessa problemática e seu uso vem aumentando em serviços de saúde mental com diferentes populações, incidindo na melhoria do atendimento e na melhora do usuário (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

Segundo ONOCKO-CAMPOS et al. (2012), entre 2008 e 2010, motivados pelo uso de psicotrópicos de forma pouco crítica no tratamento de saúde mental, pesquisadores brasileiros importaram para o Brasil uma nova abordagem de intervenção, desenvolvida em Quebec (Canadá) na década de 90, denominada GAM.

Esta nova abordagem canadense originou um Guia GAM, cuja tradução e adaptação tiveram início por intermédio de um estudo multicêntrico. O objetivo era a elaboração do “Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação” (Guia GAM-BR) e a sua consequente aplicação em CAPS (nas cidades-piloto de Campinas-SP, Rio de Janeiro – RJ e Novo Hamburgo-RS). As adaptações levaram em consideração o contexto da Reforma Psiquiátrica e os princípios do SUS, pautados nos direitos humanos dos usuários dos serviços de saúde e de saúde mental (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

O conteúdo temático do Guia GAM-BR está dividido em seis passos: 1) conhecendo um pouco sobre você; 2) observando a si mesmo; 3) ampliando sua autonomia; 4) conversando sobre os medicamentos mais usados em psiquiatria; 5) por onde andamos; 6) planejando nossas ações (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

A versão final do guia brasileiro apresentou duas alterações importantes em relação ao original canadense. Em primeiro lugar, foi suprimida a parte que orientava os passos para a redução e/ou retirada do medicamento, pois se verificou através de análises que, no nosso cenário, os usuários brasileiros indicavam os medicamentos como fundamentais. No estudo para a elaboração do Guia GAM-BR, os usuários relataram, ainda, falta de acesso aos medicamentos e falta de diálogo e negociação entre usuários e médicos.

A segunda alteração foi a inclusão de profissionais nos grupos. Diferentemente da realidade canadense, em virtude de fatores econômicos e sociais, como o grau de escolaridade, por exemplo, os usuários brasileiros não conseguiam caminhar sozinhos na busca por seus direitos, sendo necessária a presença de profissionais coparticipativos no processo, devido a um desequilíbrio das forças políticas entre eles (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012; 2013).

A cogestão é um princípio da estratégia GAM. Definida por Campos (2013) apresenta comunhão com o ideário da Reforma Sanitária e Psiquiátrica; é uma aposta na democracia institucional que pressupõe uma nova lógica de conformação dos poderes, por meio de diferentes arranjos organizacionais que permitam maior comunicabilidade entre os trabalhadores, usuários e gestores que operam no setor saúde.

Alguns caminhos possíveis para viabilizar o encontro dos desejos e interesses dos diversos atores são as assembleias, conselhos municipais, conselhos gestores, bem como as construções de projetos terapêuticos singulares e equipes de referência visando concretizar avanços na gestão participativa de coletivos (GONÇALVES, 2013).

Os serviços de saúde que obedecem à lógica da gestão compartilhada permitem ao usuário a possibilidade de aumento do seu grau de autonomia, promovendo, assim, que o sujeito seja o protagonista de sua história de vida e, portanto, corresponsável na construção do PTS (BRASIL, 2013).

De acordo com Kinoshita (1996), o conceito de autonomia não é atribuído para a saúde mental como o Aurélio a define: faculdade de se governar por si mesmo, liberdade ou independência moral; a concepção atribuída não tem relação com independência ou autossuficiência, mas sim com a possibilidade do indivíduo gerar normas e ordens para a sua própria vida.

Dependentes somos todos, a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de dependência restrita/restritiva é que diminui sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de poder estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 1996, p. 57).

Segundo Castoriadis (2004, p. 161), “É autônomo aquele que dá a si mesmo suas próprias leis”. A condição de autonomia é a oposição de heteronomia, de ser governado pelos outros, do indivíduo como objeto. Ainda, segundo Paulo Freire (2002, p. 41):

A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si é processo, é vir a ser. Não ocorre em data marcada. É neste sentido que uma pedagogia da autonomia tem de estar centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade.

A proposta da GAM é pautada pelo direito dos usuários, com enfoque na ampliação da autonomia e é uma diretriz importante que pode ser adotada como orientadora das ações em saúde mental, podendo inclusive enfrentar um dos pontos de entrave da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que é a utilização pouco crítica do medicamento, problematizando sua centralidade no cuidado em saúde (GONÇALVES, 2013; RODRIGUES, 2014; SANTOS, 2014).

1.3.1 Gestão autônoma da medicação em Santos

No período de setembro a novembro de 2017, foi realizado no Município de Santos um curso de GAM. O curso foi desenvolvido sob a Coordenação da professora Luciana Surjus, da UNIFESP-BS e teve como facilitadores participantes do “Div3rso: Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Mental e Direitos Humanos” e residentes do Programa de Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial.

A formação em GAM consistiu em seis encontros semanais de meio período. Cada encontro possuía como temática um passo do Guia GAM-BR e, a partir do tema disparador do dia, nos dividíamos em grupos de discussão, com a proposta de que cada grupo apresentasse para a turma a tarefa em um formato livre (teatro, música, dança e outros). O objetivo da proposta foi apresentar os passos do Guia de forma que fosse explicitada a importância dos temas a serem discutidos, mas que pudessem ser compartilhados de diversas formas, sem haver, portanto, uma forma padrão.

Foram capacitados sessenta profissionais, entre acompanhantes terapêuticos, agentes comunitários de saúde, dentistas, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, psicólogos, técnicos de enfermagem e terapeutas ocupacionais, os quais apresentaram aos gestores suas propostas de implementação da GAM no Município de Santos. As propostas incluíam cinco experiências iniciais a serem desenvolvidas em 2018, de forma colaborativa, por profissionais dos CAPS, Serviço de Reabilitação Psicossocial, Núcleos de Apoio a Saúde da Família e UBS.

No decorrer da formação surgiram inúmeras questões dos trabalhadores sobre os, medicamentos psiquiátricos, desde indicações, mecanismos de ação, interações, modos de usar e outros. Uma parte das dúvidas foi sanada nos encontros, mas o grupo entendeu a necessidade de uma reunião extra, apenas com a abordagem dos psicofármacos e com a presença de um psiquiatra convidado da rede. O evento consistiu em uma palestra em auditório, com caráter mais formal.

Este processo foi acompanhado por meio do Programa de Extensão de Apoio à Rede de Atenção Psicossocial de Santos, parte da pesquisa “Observatório Internacional de Práticas da Gestão Autônoma da Medicação” (Observatório GAM), sob coordenação da professora Luciana Surjus, da UNIFESP-BS. As reuniões ocorreram mensalmente, no período de fevereiro de 2018 a abril de 2019, na UNIFESP.

Participaram deste processo os serviços: CAPS ZNO, CAPS CENTRO, CAPS PRAIA, CAPS VILA, Unidade de Saúde da Família Martins Fontes (USF MARTINS FONTES) e Núcleo de Atenção à Saúde da Família da Zona Noroeste, participaram deste processo trabalhadores, residentes do “Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial” e participantes do “Div3rso: Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Mental, Redução de Danos e Direitos Humanos”.

As reuniões de apoio às iniciativas GAM eram espaços para pensar a implementação da estratégia nos serviços, visando auxiliar a identificação de demandas, no processo de sensibilização a usuários e trabalhadores, na frequência e duração dos grupos, na produção do conhecimento sobre a GAM e todas as suas interfaces, bem como outras questões que se fizessem necessárias.

Uma das propostas para implementação da GAM, apresentada na formação de 2018, consistiu em uma experiência entre o CAPS CENTRO – modalidade III e a USF MARTINS FONTES. A experiência ocorreu nas dependências da USF com seus usuários e com a presença de trabalhadores da USF e CAPS, a saber: médico, farmacêutica, psicóloga e enfermeira. A estratégia inicial era baseada em um recorte de pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos, mas, em decorrência da baixa adesão, foi necessária a ampliação dos critérios. A baixa adesão poderia ter relação com a sensação de ameaça de retirada do medicamento que a participação poderia representar para os usuários.

Outras propostas foram iniciadas, porém não concluídas. Uma delas, no CAPS VILA, iniciou a partir de um grupo preexistente chamado “Cuidar-se”, no qual foram apresentadas as propostas da GAM. No entanto, com a aposentadoria da terapeuta ocupacional e a licença maternidade da farmacêutica, o grupo foi interrompido.

No CAPS PRAIA ocorreu um processo de sensibilização com a equipe de trabalho, composta de trabalhadores e residentes, na presença da professora Luciana Surjus, mas em decorrência da organização das práticas no serviço e alta demanda de usuários, o que impossibilitava a participação dos profissionais, não foi possível esta condução.

O CAPS ZNO, ainda que assíduo nas reuniões de apoio, com a presença da farmacêutica do serviço, apresentaram as mesmas dificuldades para implementar o grupo.

Em setembro de 2018 ocorreu um encontro na reunião de equipe do CAPS AD, objetivando iniciar um processo de sensibilização para a implementação da GAM, com a presença da professora Luciana Surjus, de uma pesquisadora de Iniciação Científica do curso de Terapia Ocupacional da UNIFESP-BS e desta pesquisadora, que na conjuntura estava atuando como apoiadora técnica¹¹ da Coordenação de Saúde Mental do Município de Santos, no núcleo farmacêutico.

No final de 2019, ocorreu uma nova formação em GAM e, dessa vez, além da presença de trabalhadores dos serviços de Saúde Mental, residentes da RAPS de Santos, participaram membros da comunidade – usuários dos serviços de saúde foram facilitadores do processo da formação, que contou com seis encontros na UNIFESP-BS, coordenados pela professora Luciana Surjus.

Vale destacar que as ações com a estratégia GAM têm se ampliado no município de Santos e estão inseridas no Plano Estratégico Situacional da Saúde Mental de 2019 e contempladas na diretriz “Promover a Despatologização da vida e a desmedicalização da experiência humana” e no modelo de atenção “Implementação da Gestão Autônoma da Medicação como estratégia de cuidado emancipatório em saúde mental”, valorizando o protagonismo do usuário e redimensionando a centralidade do psicofármaco na atenção em saúde mental, de forma co-gestiva.

¹¹ Apoiadora técnica é a denominação dada a um arranjo organizacional da gestão de saúde mental do município de Santos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Identificar as contribuições da implementação da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação na organização das práticas de cuidado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Santos, São Paulo.

2.2 Objetivos específicos

- a) Verificar de que forma a estratégia incide na oferta e organização de espaços para a ampliação da autonomia dos usuários do serviço;
- b) Identificar possíveis peculiaridades do campo álcool e outras drogas na utilização da estratégia GAM;
- c) Contribuir para a atuação do farmacêutico no CAPS AD.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 A pesquisa hermenêutica crítica e narrativa

Na perspectiva de obter melhor interpretação das contribuições da estratégia da GAM na organização do CAPS AD a partir de sua implementação, utilizaremos a estrutura da pesquisa qualitativa, sob abordagem metodológica da hermenêutica crítica narrativa (ANTOGNETTI, 2019; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2008; PIMENTEL, 2019). Esta abordagem vem sendo desenvolvida a partir do grupo “Saúde Coletiva e Saúde Mental: Interfaces”, da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), coordenado por Rosana Onocko-Campos. Nesse sentido, buscamos compreender, a partir dos encontros do grupo GAM, num diálogo entre usuários, trabalhadores e pesquisadora, suas percepções acerca das concepções do serviço, das práticas, da equipe e sobre direito e autonomia.

A pesquisa de natureza qualitativa utiliza métodos participativos para a produção de dados, na qual o cientista é ao mesmo tempo o sujeito e o objeto de sua pesquisa. Nas Ciências Sociais, sujeito e objeto pertencem à mesma natureza histórica, de modo que a visão de mundo do pesquisador permeia sua aproximação do objeto e, além disso, o pesquisador é considerado como instrumento-chave para a compreensão da realidade a ser estudada (MINAYO, 2010a).

Para melhor compreensão sobre a abordagem metodológica escolhida faremos uma breve exposição do termo hermenêutica. A etimologia da palavra hermenêutica advém da origem grega, do verbo *hermeneuein* (interpretar) e do substantivo *hermeneia* (interpretação) e designa a arte da interpretação. A hermenêutica filosófica desde o século XIX vem sendo difundida por diversos autores. Destacaremos neste estudo Hans-Georg Gadamer, importante filósofo alemão do século XX, que seguiu a iniciativa de Martin Heidegger, do qual foi aluno, de aumentar o escopo da hermenêutica para além dos textos (ZANIN, 2018).

O conceito de hermenêutica sofreu alterações ao longo dos séculos. A partir das contribuições de Heidegger e Gadamer, passou a ser considerada pela História como o período da virada ontológica da hermenêutica. Gadamer (1997) nos fala que a interpretação advém da consciência reflexiva, da afirmação como síntese entre entendimento e interpretação; da interação entre o que entendemos e concepção de mundo – preocupação com o sentido da existência humana (BATISTA, 2012).

A grande contribuição da hermenêutica gadameriana é considerá-la não como método, mas em sua amplitude, abarcando as diversas questões que atravessam a existência do ser no mundo e, seguindo o caminho que seu mestre Heidegger colocou, como inerente à existência humana. A interpretação ocorre a partir de uma fusão de horizontes: gerada pela dialética da pergunta-resposta, consensual, acordado intersubjetivamente (BATISTA, 2012).

A partir de um enfoque epistemológico, a virada ontológica na hermenêutica filosófica define um rompimento com o ideal empírico-analítico do intérprete que produz a compreensão através de procedimentos, da interpretação compreendida, a partir de uma observação de fora. Esta guinada muda a relação entre sujeito e objeto e a produção de conhecimento passa a ser sustentada de forma participativa, dialógica, tal qual é a nossa estrutura básica de existência no mundo (AYRES, 2005; BATISTA, 2012).

Outro aspecto importante a ser destacado sobre esta abordagem se referem às tradições e aos preconceitos: não se deve desconsiderá-los no ato da interpretação já parte-se do princípio de que os preconceitos são antecipações de nossa abertura para o mundo, e que constituem a realidade histórica do ser. Nesse sentido, seria então o único ponto de partida possível para a compreensão (RUAS, 2018; SURJUS; ONOCKO-CAMPOS, 2014).

A pesquisa hermenêutica baseada em Gadamer (1997) nos propõe uma postura filosófica que reconhece a historicidade do pesquisador e que, ao serem explicitadas suas motivações, preconceitos e valores determinados, esses possam guiar a elaboração de questionamentos que emerjam a partir de uma história efetual, que faz efeito no pesquisador. As transformações destes pressupostos em questões fazem destacar o objeto e significa que, elaborar uma situação hermenêutica, nos remete a alcançar um horizonte correto de compreensão da história (RUAS, 2018; SURJUS; ONOCKO-CAMPOS, 2014).

O destaque do objeto não o dissocia do contexto que o produziu, pois aquilo que é destacado ressalta ao mesmo tempo aquilo do qual se destaca. Após a consideração da historicidade do pesquisador, recorreremos a tradição da Reforma Psiquiátrica, e aos autores que se ocuparam de questões semelhantes, numa fusão de horizontes: presente e passado. No diálogo com as tradições, confere-se a possibilidade de efetivação do círculo hermenêutico, que nos permite que as concepções possam ser explicitadas e revisitadas (SURJUS; ONOCKO-CAMPOS, 2011; 2014).

A inspiração para a realização deste trabalho à luz da hermenêutica Gadameriana (GADAMER, 1997) amplia seu sentido a partir da contribuição dada em sua obra à validação da consciência histórica dos sujeitos, reabilitando as tradições e preconceitos como referência para a interpretação do conhecimento humano, validando a pluralidade de vozes e acrescentando valor as vozes silenciadas. Posto isso, articulando o desafio do campo da saúde mental brasileira em construir cuidado em liberdade, bem como da consolidação da RD como norte ético para o cuidado das pessoas que usam drogas, os questionamentos principais aos quais este estudo visa responder são:

- a) A implementação da estratégia GAM no CAPS AD favorece a autonomia do usuário tornando-o mais ativo na condução do seu tratamento em saúde mental? E a ampliação das ofertas (espaços) de cuidado no CAPS AD?
- b) Como o uso de psicotrópicos pode se inserir nos projetos de cuidado, sob a perspectiva da Reforma Psiquiátrica e nos princípios do SUS, considerando o uso problemático de outras substâncias e o adoecimento nessa relação?
- c) Quais seriam as peculiaridades do cuidado em liberdade e dos direitos junto às pessoas com problemas com drogas?
- d) O usuário do serviço detém as informações necessárias sobre seu tratamento medicamentoso e ao próprio uso de substâncias ilícitas?
- e) A GAM contribui para a atuação do profissional farmacêutico no CAPS AD?

Pretende-se responder as questões sistematizadas por meio das respostas dos objetivos. Por fim, evidenciaremos a seguir a narrativa da pesquisadora, o ponto de partida, os preconceitos e valores que a mobilizaram nesta pesquisa, compondo a hipótese. Busca-se a produção de conhecimento de modo à compreensão hermenêutica, como um processo constante e indefinível, de construção de novas respostas àquelas inicialmente levantadas.

3.2 (Des)Formação em farmácia e a formação no SUS: explicitando os preconceitos e a inserção da pesquisadora

Lembro como se fosse hoje: era dia 31 de maio de 2006 quando comecei a trabalhar no SUS. Recebi na ocasião um pedacinho de papel de caderno escrito SENAT (atual CAPS AD), com o endereço e o nome da chefia. Apresentei-me ao local junto com a nova assistente social no primeiro encontro potente que tive com ela, meu presente da vida, amiga, parceira das alegrias e intempéries.

Fomos recebidas com muita festa em uma sala repleta de mulheres. Era dia de reunião de equipe e também era a chegada de novos trabalhadores. Hoje entendo bem a festa, e mais especificamente, a chegada da primeira farmacêutica fixa do serviço. A farmacêutica anterior atendia os seis CAPS da cidade e, portanto, passava apenas uma vez por semana no CAPS AD.

A chefia da seção se aproximou para conversar comigo enquanto me mostrava a casa, todas as salas de grupos, espaços livres para oficinas, horta, salas individuais, e, nada de farmácia. Eu estava tensa, afinal era tudo diferente da minha experiência de seis anos no setor privado em drogaria e manipulação. Ao final da conversa, a chefe me disse: “ah (abriu uma porta de uma sala 2x2 metros), aqui é a farmácia, mas aqui será o lugar que você menos ficará”.

Eu queria fugir. A minha formação em farmácia foi em uma universidade privada que adotava (e ainda adota) um processo de ensino-aprendizagem extremamente tecnicista, em que tudo é voltado para que haja um ambiente acrítico: cadeiras enfileiradas, aulas expositivas e, conteúdo voltado somente à ordem biológica. Uma formação que não incluía abordagens que permitissem o diálogo com a prática dos serviços, culminando na dificuldade de gerar/induzir processos reflexivos visando às problematizações necessárias para a produção de conhecimento.

Bom, dito isso, imaginem como fiquei assustada, aparentemente nada do que eu sabia e aprendi na faculdade seria utilizado. Além disso, me foi logo incumbidas as responsabilidades pelo Programa de Tabagismo, que ocorria na Atenção Básica, e pela Seção Lar Abrigo (antiga SELAB), residencial terapêutico. Nesse Lar, moravam quase 20 pessoas egressas de hospitais psiquiátricos. Eu me indagava o que eu faria lá como farmacêutica.

Esse é o ponto de partida da minha (des)formação em farmácia e formação no SUS: a minha chegada num serviço público de saúde. No serviço, iniciei grupos de medicação com o psicólogo, eram grupos cheios mas eu tinha dificuldade de me descolar do “eu ensino e vocês aprendem”, o modelo da minha formação ainda estava muito entranhado em mim, apesar de um estranhamento que já brotava.

Lembro do acompanhamento da primeira triagem que fiz com a enfermeira, hoje nomeado acolhimento inicial, na qual falava pra pessoa que estava sendo acolhida: “olha, na minha visão farmacêutica”. Essa era uma imagem que eu não podia descolar do meu núcleo do saber. Outra questão que eu estranhava e não entendia, eram as festas que a assistente social que entrou comigo realizava nos seus grupos.

Esta passagem que irei narrar foi rememorada a partir de um encontro em 2019 sobre “o fracasso” promovido pelo Laboratório de Estudos e Pesquisas em Formação e Trabalho em Saúde (LEPETS) da UNIFESP-BS. Eu estava na farmácia dispensando medicamentos, quando um usuário que frequentava o médico e farmácia me perguntou, todo sem jeito: “porque você não olha direito pra gente? Eu sei que você é simpática”. Considero essa pergunta e esse momento como um divisor de águas, apesar de não ter tido ampla consciência disso na época. Aquele menino me desmontou, lembro do sorriso dele e da cor da sua blusa, era rosa. Consigo tecer algumas relações com o que ele percebeu: eu era recém chegada no CAPS AD e achava que tinha que saber tudo; se eu desse espaço, daria margem pra perguntas que, possivelmente, não saberia responder. E é por isso que me fechava.

É desse contexto inicial que surgiram as minhas primeiras indagações sobre o processo de dispensação de medicamentos na farmácia. São frequentes as perguntas dos usuários sobre a função dos medicamentos, as interações com outros medicamentos e/ou com outras drogas, as devoluções, as reações adversas, bem como, comentários sobre seus processos de autogestão desses fármacos. Comecei a me questionar sobre as respostas genéricas que concedia aos usuários, pois eram centralizadas no especialismo farmacêutico, e pouco ou quase nada, na experiência das pessoas com os medicamentos e outras drogas.

Ao dirigir o diálogo para a especialidade médica “decidir”, quase que me desresponsabilizando da situação, emitia respostas como, por exemplo: “é importante tomar os medicamentos direitinhos, conforme o médico prescreveu”. Eu continuava a dizer isso ainda que o usuário dissesse que tentou, mas os sintomas foram muito desagradáveis; ainda que dissesse que não iria tomar; ainda que dissesse que não sabia por que estava tomando tal medicamento, nem por

quanto tempo; ainda que o usuário estivesse devolvendo uma sacola repleta de medicamentos¹². já cheguei a receber 1000 (mil) comprimidos de devolução.

Outro estranhamento à época é que eu era jovem, recém formada e inexperiente, e estava “a me meter” no meio de homens que faziam abuso de substâncias psicoativas. Além de carregar em mim um preconceito a estas pessoas, tinha receio de ser julgada incompetente. Recordo, a reflexão do artigo trabalhado encontro “narrativas da falha” do LEPETS: a gente falha toda hora, e tudo bem, mas as narrativas de falhas costumam ser edificantes, pois a “falha é obscena” e não pode aparecer. Em consonância com o artigo, projetam-se as correções, as justificativas, e a cada vez que penso sobre as falhas, por vezes, sinto a necessidade de acrescentar algo, de contextualizar melhor, para vir à cena.

Relatarei agora a composição da equipe multidisciplinar que, apesar de ser gerenciada na época por uma chefia com uma visão mais ampliada da atuação dos profissionais na Saúde Mental, era cooptada por uma maioria de formação tecnicista, tradicional, que ditava e comandava o serviço. Este cenário desigual me impeliu a pensar sobre o que eu entendia como cuidado para aquelas pessoas que faziam abuso de drogas. Eu não tinha a resposta, mas certamente não me sentia nada confortável em comungar com atuações profissionais desprovidas de afeto, escuta e valorização do sujeito.

Naquele momento, forças antagônicas coexistiam em mim pois, até então, estava procurando meu lugar para sobreviver naquela equipe, sendo farmacêutica, e experienciando uma crise de identidade profissional. A partir dessas minhas reflexões e inquietações é que começaram a fazer sentido as festas, o teatro, o violão, que existiam timidamente, mas estavam ali - resistindo naquele ambiente duro, da clínica do corpo de órgãos, do corpo biológico, objetificado.

Por outro lado, essa relação empobrecida, em que o outro é tomado como corpo biológico e objeto da ação e que deslegitima todos os outros saberes sobre saúde, é vertical, unidirecional, como se prescindisse da ação/cooperação de quem está sendo “tratado”. Ou como se a cooperação fosse obtida automaticamente a partir da “iluminação” técnica sobre o problema e as condutas para enfrentá-lo. Não é assim que as coisas funcionam na prática e por isso mesmo tem sido tão difícil “conquistar a adesão” às propostas terapêuticas, sobretudo nas situações crônicas (MERHY; FEUERWERKER; GOMES, 2010 p. 62).

¹² Cheguei a receber a devolução de um pacote com 1000 comprimidos.

Hoje compreendo a chefe de seção por ter me direcionado, desde sempre, a participar do processo de trabalho e interagir com a equipe multiprofissional. As dificuldades para assentar um projeto de cuidado, pautado no sujeito, eram diversas naquele serviço, mas possíveis. As reuniões de equipe com os respectivos registros de ata eram semanais, os livros de plantão eram alimentados diariamente, e todos redigiam e liam. Esse primeiro trecho que narrei transcorreu nos primeiros dois anos de minha atuação profissional no SUS. Já a (des)formação é constante e inacabada e, portanto, outras questões começaram a emergir deste processo reflexivo e sobre o lugar do farmacêutico no processo de trabalho na equipe do CAPS AD.

Narrarei agora o despertar para novas formas de cuidar, que não só medicamentosas, associadas a relatos de um aprisionamento do profissional farmacêutico centrado na dispensação de medicamentos. Meu desejo passou a ser ocupar um lugar profissional que se expanda para outras ofertas de cuidado, além da dispensação, e que, para que esta ampliação da clínica fosse possível, a instituição teria que ser partícipe dessa transformação. Vivenciei ao longo desses 14 anos de saúde mental diferentes gestões (foram sete chefes de seção do CAPS AD), incluindo a minha própria experiência como gestora. Durante os anos como farmacêutica, consegui coordenar grupos, realizar acolhimento inicial e participar de cursos.

O CAPS AD possui um diferencial em relação aos demais CAPS que torna possível uma maior aproximação do farmacêutico com a equipe multiprofissional, pois não há dispensação de medicamentos para demanda externa que atinge, por vezes, quase 50% da demanda em outros serviços. Com exceção para o medicamento Cloridrato de Bupropiona 150 mg, antidepressivo utilizado no “Programa Nacional de Controle do Tabagismo” realizado nas policlínicas. Desta forma, em comparação com os demais serviços da saúde mental, o CAPS AD possui uma demanda de atendimento diário na farmácia inferior aos demais CAPS.

Rememoro minha participação no primeiro “Encontro Nacional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)”, em dezembro de 2013, no município de Pinhais, Paraná. Participei de um mini curso sobre GAM, tema que um colega psicólogo havia me apresentado mas pouco conhecia de sua metodologia. Foi a partir da exposição neste mini-curso por um casal de psiquiatras que me aproximei desta estratégia emancipatória de cuidado em saúde mental. A GAM foi desenvolvida no Canadá nos anos 1990, na busca de redimensionar a centralidade médica e a prescrição de psicotrópicos na atenção em SM promovendo, maior apropriação aos usuários a respeito das informações necessárias para o desenvolvimento de processos de cogestão da conduta terapêutica.

Através dos subsídios da GAM, passei a ressignificar o lugar do acolhimento do usuário no processo de dispensação de medicamentos. A GAM serviu como apoio para eu me aproximar do outro num processo cogestivo em não há respostas prontas, o caminho é feito junto e a experiência do outro é valorizada. Desta forma estariam passíveis de serem feitas negociações, tendo como norte a ampliação da autonomia do sujeito e da qualidade do cuidado ofertada pelo profissional no serviço de saúde. Contudo, a metodologia GAM era desconhecida no município de Santos e, portanto tivemos dificuldade de sua implantação nos serviços.

Atuei como farmacêutica no CAPS AD no período de maio 2006 a fevereiro de 2015, apenas com um intervalo de licença maternidade (primeira filha Clara, de outubro de 2011 a julho de 2012). Quando do retorno da segunda licença maternidade, assumi a chefia de uma Seção de Prevenção ao uso de Substâncias Psicoativas (SECEPREV)¹³ voltada à demanda de crianças e adolescentes. Lá permaneci até dezembro de 2015, quando me afastei novamente devido à licença maternidade de meu segundo filho, Raul.

Em 2016, quando retornei ao trabalho, houve uma convocação feita para todos os gestores a participarem do Processo Seletivo para Habilitação de Gestores para a Saúde Mental. Mediante a habilitação neste processo, recebi convite para assumir a chefia do CAPS AD, no qual permaneci até maio de 2017. Depois, assumi o Apoio Técnico da Coordenação de Saúde Mental, com foco no núcleo farmacêutico.

Entre setembro e novembro de 2017 foi realizada em Santos a primeira formação em GAM do município, desenvolvida sob a coordenação da professora Luciana Surjus da UNIFESP-BS, e teve como facilitadores membros do “Div3rso: Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Saúde Mental, Redução de Danos e Direitos Humanos” e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial, ambos da UNIFESP-BS. Desta formação resultaram cinco propostas de implementação de grupos GAM nos serviços, uma delas no CAPS AD.

Este processo de implementação de grupos GAM nos serviços foi acompanhada pelo “Programa de Extensão de Apoio à Rede de Atenção Psicossocial de Santos”, enquanto parte da pesquisa do Observatório GAM. Reuniões mensais desse grupo ocorreram entre fevereiro de 2018 a abril de 2019. Em março de 2020, em virtude do credenciamento do Observatório na política de observatórios da UNIFESP, passamos a ter também a presença de integrantes da

¹³ A SECEPREV, apesar de constar com centro de custo ativo atualmente na Secretaria de Saúde de Santos, teve suas ações interrompidas no final de 2017 e os profissionais remanejados para outros serviços com a justificativa de necessidade de recursos humanos nos setores de tratamento.

comunidade nas reuniões, que participaram da segunda edição da formação em GAM, realizada no final de 2019 na UNIFESP-BS.

Em abril de 2018 por motivo de licença saúde da Coordenadora de Saúde Mental do município, assumi por 15 dias seu cargo. Naquele momento, fazia aproximadamente um ano que estava atuando no apoio técnico, vivenciando com mais clareza os processos duros da gestão. Dentre as transformações ocorridas entre setembro de 2017 a abril de 2018, destaco:

- a) a redivisão territorial dos CAPS (de bairros para as UBS), não revisada desde os anos de 1990 quando da implantação dos CAPS; ,
- b) fomento e implantação mensal do fórum de trabalhadores;
- c) participação da coordenação e apoio técnico em reunião nos diversos CAPS; e
- d) incentivo à implementação da estratégia GAM nos serviços.

Permaneci atuando no apoio técnico (núcleo farmacêutico) até setembro de 2019, após férias e licença prêmio. Depois, voltei a atuar na área de assistência, mas no campo da infância e juventude, o CAPSi Tô ligado.

A intenção de narrar a trajetória profissional da pesquisadora objetivou evidenciar os caminhos que trilhei na saúde mental e a partir de quais inquietações e estranhamentos vividos como farmacêutica e gestora, foi impressa em mim a marca de minha identidade profissional. Diante desta conjuntura, em 2018 ingressei no Mestrado Profissional da Ensino em Ciências da Saúde, da UNIFESP. O tema inicial de pesquisa estava relacionado ao Apoio Institucional, mas em decorrência do desejo de pesquisar a temática da GAM após o processo formativo pela Prefeitura, fora modificado para a GAM.

O mestrado tem me proporcionado o aprofundamento da temática da GAM por meio das discussões em aulas e seminários, bem como a produção de conhecimento sobre o ensino em ciências da saúde, e também tem me propiciado uma qualificação técnica com potencial para transformação da realidade. Nesse processo do mestrado, resalto aqui a importância da disciplina “Educação Permanente” na ampliação do conhecimento que, por meio da apresentação de autores que discorrem sobre este tema, me impeliu na inscrição desta narrativa, e tornou possível também, para mim, legitimar e validar minhas ações no serviço, que antes decorriam de processos intuitivos. Destaco aqui um trecho sobre a educação permanente extraído do artigo “Educação Permanente em Saúde e Manoel de Barros: uma Aproximação Desformatadora”, de Figueiredo, Gouvea e Silva (2016, p. 327):

A partir do saber-se inacabado e da visão crítica sobre si e sobre o outro como sujeito imperfeito e falível é que se funda a educação como processo permanente. A EPS não sobrevive em ambientes acrílicos desconectados do mundo e da realidade, onde as formatações são rígidas e os sujeitos são percebidos como incapazes de criar e de construir saberes. Seu exercício pressupõe aprender e (des)aprender.

É justamente nesse ambiente que possibilita aprender e (des)aprender, que aconteceu a implementação da GAM no CAPS AD, no dia 19 de fevereiro de 2019. Os encontros aconteceram semanalmente às terças-feiras, com duração de uma hora e meia, proporcionando reflexões importantes para a organização das práticas de cuidado no serviço. Quando da implementação da GAM no CAPS AD, eu atuava no apoio técnico da Coordenação de Saúde Mental – núcleo farmacêutico, porém tive a oportunidade de coordenar o grupo GAM no CAPS AD, juntamente com uma profissional médica, um farmacêutico (ambos do CAPS AD) e uma estudante de Terapia Ocupacional da UNIFESP-BS em Iniciação Científica.

3.3 Campo de estudo

O local escolhido para o desenvolvimento deste estudo foi o CAPS AD do município de Santos/SP, que realiza atendimento às pessoas com sofrimento psíquico e/ou necessidades decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas. É um CAPS tipo II, serviço aberto e comunitário, que deve acolher qualquer pessoa, de ambos os sexos, na faixa etária a partir de 18 anos, é o único serviço de referência em álcool e outras drogas do município para esta população. O funcionamento ocorre de segunda a sexta-feira, das 8:00 as 18:00h. Para isso, conta com uma equipe multiprofissional composta por profissionais de nível superior, médio e equipe de apoio (auxiliares de serviços gerais).

A equipe técnica atua conjuntamente na realização de acolhimentos iniciais, grupos terapêuticos, orientação aos familiares, avaliação dos casos e elaboração do PTS em parceria com o usuário, além da condução geral da rotina do serviço. Além disso, são realizadas consultas médicas (psiquiatria), atendimentos psicológicos e distribuição de medicamentos. Em média, referente ao ano de 2019, foram atendidas mensalmente 1.042 pessoas, e realizados 37 acolhimentos iniciais, o que indica uma alta rotatividade de usuários.

A escolha de acompanhar a implementação da estratégia da GAM no CAPS AD foi motivada pela inquietação de observar que as pessoas cuidadas neste serviço faziam uso de substâncias psicoativas lícitas, ilícitas e prescritas de forma concomitante, o que acarreta riscos à vida. Ademais, constatou-se a baixa participação dos usuários em seu cuidado em saúde e a alta prevalência de prescrições de psicotrópicos nas ofertas de cuidado, além de que, o cenário da ilegalidade de algumas drogas por si só, dificultava a criação de um ambiente que ampliasse a criticidade sobre os usos das substâncias psicoativas de forma geral. Dito isso e somado à trajetória e identificação profissional da pesquisadora nesse campo de álcool e outras drogas, foi feita a aposta na GAM, balizada nos princípios da autonomia e cogestão, para favorecer a transformação das práticas de cuidado no serviço na direção dos princípios da Reforma Psiquiátrica, agregando as peculiaridades do cuidado em liberdade e dos direitos que o campo necessita.

3.4 Grupos de interesse

Diante dos questionamentos apontados neste estudo sobre a organização das práticas no CAPS AD, a presente pesquisa objetivou dar voz aos trabalhadores e usuários deste serviço. Os critérios para inclusão dos trabalhadores do CAPS AD na pesquisa, consistiram no vínculo com o serviço por pelo menos seis meses anteriores ao início do processo de produção de dados, e pelo interesse na participação da pesquisa.

Quanto à composição do grupo GAM, estabelecemos os seguintes critérios de inclusão dos participantes:

- a) usuários: estar inserido no serviço de saúde mental (CAPS AD) e/ou ser membro da comunidade local onde o grupo GAM se desenvolveu e concordar em participar da pesquisa;
- b) trabalhadores: um a dois trabalhadores de saúde do CAPS AD, preferencialmente que tivessem participado da formação em GAM de 2017, já descrita, e uma trabalhadora/pesquisadora – autora dessa pesquisa;
- c) pesquisadora: uma pesquisadora, aluna da iniciação científica da UNIFESP-BS.

Em consonância com a hermenêutica Gadameriana (GADAMER, 1997) que nos alerta que a história é feita e pode ser contada por diferentes vozes e, quase sempre, a oficial tende a invalidar as vozes mais frágeis e silenciosas, consideramos de suma importância valorizar as vozes dos sujeitos, que diretamente vivenciam o processo a ser compreendido. Para tal,

incluímos os usuários no grupo de interesse da pesquisa (RUAS, 2018; SURJUS; ONOCKO-CAMPOS, 2014).

Vale destacar que todas as exigências da Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012b) foram cumpridas e o projeto foi submetido à apreciação ética e aprovado pela Coordenadoria de Formação Continuada em Saúde do município de Santos (declaração de aprovação apresentada no Anexo A), pela unidade do CAPS AD (declaração apresentada no Anexo B) e pelo Comitê de Ética de Pesquisa da UNIFESOP (parecer aprovado apresentado no Anexo C). Além disso, todos os participantes declararam consentimento e esclarecimento da pesquisa quando assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, apresentado no Apêndice A).

3.5 Produção de dados

Um dos procedimentos de investigação propostos para atingir os objetivos apresentados, foi o grupo focal. Trata-se de uma técnica utilizada quando o foco de análise do pesquisador é o grupo e caracteriza-se pela valorização dos conhecimentos, percepções, opiniões, representações, atitudes e valores dos componentes sobre uma questão específica (MIRANDA et al., 2008).

Para Westphal, Bógus e Faria (1996), a técnica de grupos focais tem sido amplamente utilizada para avaliar programas e serviços, principalmente nas áreas de ciências sociais, saúde e educação, mostrando-se eficaz nas pesquisas avaliativas. É uma técnica de coleta de dados que parte de encontros grupais entre pessoas que compartilham de traços comuns. Segundo Gatti (2005) as trocas que acontecem no grupo focal entre os participantes serão estudadas pelo pesquisador em função dos seus objetivos. A busca das informações não se encerra sobre o que as pessoas pensam sobre o tema, mas também como e porque pensam o que pensam e, ainda, permite a observação dos diferentes graus de consensos e dissensos existentes, através da interação entre os componentes do grupo (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

O moderador de um grupo focal ou facilitador é fundamental, ele deve cuidar para facilitar a comunicação, sem intromissões indevidas de sua parte, fazer encaminhamentos quanto ao tema para manter os objetivos do trabalho do grupo. Além disso, deve se atentar aos processos de construção das percepções, atitudes e representações sociais do grupo, expressos nos jogos de influência que emergem em torno das opiniões de um determinado tema (GONDIM, 2002). A técnica do grupo focal ainda prevê um observador, que auxiliará no processo com o

objetivo de captar comunicações não-verbais, registrar os participantes que se mantêm em silêncio e também os que falam mais, conversas paralelas, momentos que parecem significar unanimidade ou discordância e contribuir com o moderador na análise das possíveis inclinações geradas pela inabilidade da sua forma de coordenar o grupo (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Para o planejamento desses grupos é necessário um roteiro para conduzi-lo, previamente testado, contendo questões disparadoras da discussão sobre todos os temas que abrangem os objetivos da pesquisa. Trata-se de um roteiro amplo, tendo em vista a complexidade e diversidade de temas que envolvem o trabalho nos CAPS (MIRANDA et al., 2008).

A previsão de duração do grupo focal é de aproximadamente duas horas, devendo ser áudio gravados e posteriormente transcritos. Também, todos os participantes deverão receber o TCLE com intuito de salvaguardar seus direitos (GONDIM, 2002). O TCLE é o documento mais importante e obrigatório na análise ética de um projeto de pesquisa, é o documento que garante ao sujeito da pesquisa o respeito aos seus direitos (BRASIL, 2012b).

Para a compreensão da questão levantada neste estudo acerca da organização das práticas de cuidado do CAPS AD, foi realizado um grupo focal somente com trabalhadores deste serviço, anterior à implementação do grupo GAM. O roteiro do grupo focal foi previamente elaborado pela pesquisadora e orientadora, baseados na produção técnica do mestrado profissional “Direitos, Autonomia e Liberdade: O que faz a Gestão Autônoma da Medicação quando entra num CAPS AD?” desenvolvido na UNICAMP, que teve seu campo de pesquisa o CAPS AD de Santos (THOMÉ, 2019).

O objetivo da elaboração do roteiro foi de focalizar os temas de interesse da pesquisa, que compreendeu quatro eixos temáticos, a saber: concepção acerca da organização do serviço, concepção acerca da organização das práticas, concepção e organização da equipe e, por fim; autonomia e direitos. Roteiro utilizado apresentado no Apêndice B.

Para acompanhar o processo de implementação da estratégia GAM no CAPS AD, escolhemos o diário de campo, que segundo Minayo (1993) é um importante dispositivo de produção de informações diárias. O diário tem como objetivo registrar em tempo real tudo que for extra-fonte de pesquisa, atitudes, fatos e fenômenos percebidos no campo. Para Araújo et al. (2013, p. 54):

[...] o diário tem sido empregado como modo de apresentação, descrição e ordenação das vivências e narrativas dos sujeitos do estudo e como um esforço para compreendê-las. [...]. O diário também é utilizado para retratar os procedimentos de análise do material empírico, as reflexões dos pesquisadores e as decisões na condução da pesquisa; portanto ele evidencia os acontecimentos em pesquisa do delineamento inicial de cada estudo ao seu término.

3.6 A construção narrativa e os procedimentos de interpretação

[...] imitar ou representar a ação é, primeiro, pré-compreender o que ocorre com o agir humano: com sua semântica, com sua simbólica, com sua temporalidade. É sobre essa pré-compreensão, comum ao poeta e ao seu leitor, que se ergue a tessitura da intriga e, com ela, a mimética textual e literária (RICOEUR, 1994, p.101).

Para Onocko-Campos e Furtado (2008), a interpretação deve ser composta de dois movimentos: análise, que compreende a fragmentação do texto em núcleos argumentais; e construção, a maneira de uma narrativa, que consiste em alinhar tais fragmentos, com intuito de elaborar linhas de sentido para que haja uma melhor compreensão do fenômeno em curso.

Para interpretar o material produzido na pesquisa, utilizou-se o referencial de Paul Ricoeur¹⁴, filósofo francês contemporâneo, cuja obra principal é chamada “Tempo e Narrativa” (RICOEUR, 1994). Para este autor as narrativas são histórias não (ainda) narradas, entendidas como mediação entre discurso e ação, uma operação mediadora entre a experiência viva e o discurso, funcionando como um elo entre explicação e compreensão. A narrativa é uma construção de histórias do agir humano, considerada como um recurso interpretativo potente capaz de ser utilizado para além da compreensão dos textos. (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2008).

A proposta da hermenêutica crítica desenvolvida por Ricoeur parte da hermenêutica filosófica de Gadamer, nos seus traços mais fundamentais como o modo como esta entende a possibilidade de acesso cognitivo aos fenômenos humanos (o círculo da compreensão), a reflexividade, a conexão entre interpretado e intérprete. Contudo, essa enxerga limites na capacidade lingüística para fundamentar uma interpretação efetivamente emancipadora dos fatos humanos (AYRES, 2005). Para Ricoeur (1994), só se torna possível um distanciamento da linguagem e

¹⁴ O filósofo francês Paul Ricoeur (1913-2005) foi um dos principais pensadores do pós-guerra, herdeiro da fenomenologia de Husserl (1859-1938) e do existencialismo cristão. Ricoeur estabeleceu uma ligação entre a fenomenologia e a análise da linguagem por meio da teoria da metáfora, do mito e do modelo científico. Grande parte de seus textos dedica-se à construção de uma antropologia filosófica, que ele definiu como a antropologia do “homem capaz”. Entre suas principais obras, estão “A Metáfora Viva” (Loyola) e os três volumes de “Tempo e Narrativa” (Papirus), que marcaram filósofos como Derrida (1930-2004) e Lyotard (1924-1998).

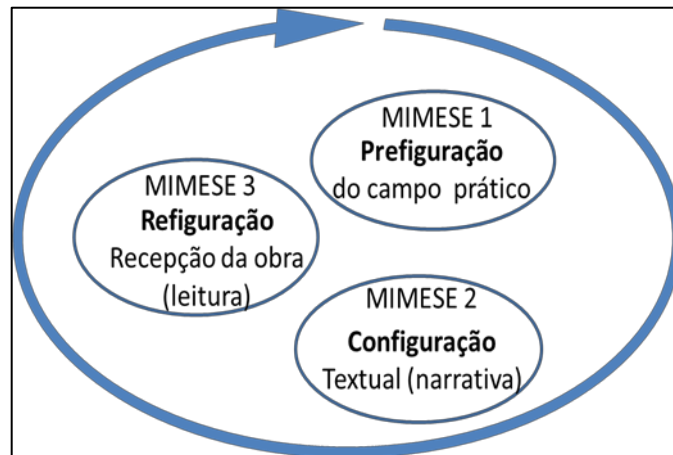
o exercício da crítica quando a mediação do mundo pela linguagem se transforma na mediação do mundo pelo texto (fixação do discurso pela escrita).

É a partir das aporias de Santo Agostinho a respeito do tempo e da Poética de Aristóteles, que Ricoeur (1990) desenvolveu sua teoria sobre a narrativa. Para este autor existe uma correlação entre a atividade narrativa e o caráter temporal da experiência humana, é a partir dela que apreendemos o tempo (presente, passado e futuro) e nos localizamos e nos inscrevemos nesse trânsito da temporalidade. Em Aristóteles, o destaque é para a noção de intriga: a tessitura da intriga e a atividade mimética. Ao tecer uma intriga, imitamos ou representamos uma ação, para tal, é necessário que haja algum tipo de conhecimento sobre essa ação, para que ela possa ser imitada ou representada. Designa a disposição dos fatos, a arte de compor (ONOCKO–CAMPOS; FURTADO, 2008).

Baccari (2015) reconhece que Ricoeur retoma a mimesis aristotélica e a expande conceitualmente. O conceito de mimesis refere-se à imitação da vida pela práxis, e em sua obra, Ricoeur apresenta três momentos de configuração da narrativa. A Mimese I (prefiguração) é o mundo prático, ainda não explorado pela atividade poética e, portanto, ainda não narrado, serve como referência para compor a intriga. A Mimese II (configuração), eixo central, um processo de configuração textual pela mediação da prefiguração à refiguração; é a tessitura da intriga; o agenciamento dos fatos, que é o ato da produção textual. A Mimese III (refiguração) é o encontro entre o mundo do texto e o mundo do leitor, é esse entrecruzamento que permite uma refiguração da realidade. O evento do discurso se desprende de sua historicidade para assumir uma posição perante um intérprete (BACCARI, 2015; BONA, 2010).

O caminho percorrido da Mimese I a Mimese III, passando pela Mimese II, é circular e espiral (Figura 1). Esta é a circularidade hermenêutica entre tempo e narrativa, mas não se trata de um círculo vicioso que logra a mesma compreensão dos fatos, mas sim passagens infundáveis num mesmo ponto em altitudes diferentes (BACCARI, 2015).

Figura 1 - Círculo hermenêutico de Ricoeur



Fonte: autoria própria.

Diante do exposto, as narrativas dos trabalhadores e dos usuários foram construídas através dos seus discursos produzidos num grupo focal, no primeiro caso, e dos seus relatos, no segundo caso, durante a realização dos grupos GAM, inspiradas na hermenêutica gadameriana à luz das contribuições de Paul Ricoeur.

Os textos foram construídos pela pesquisadora em primeira pessoa do plural, a partir da gravação do grupo focal e dos registros no diário de campo, respectivamente. Antes de tudo, identificamos os núcleos argumentais, que são linhas de argumento que podem apresentar concepções diversas entre si e que não somente referem-se a um tema, podem atribuir a ele algum tipo de explicação. São consideradas a tessitura da intriga sobre estes temas explicitando o “que, o como e por quais meios” se deram os fatos. Para esta identificação nos baseamos nos eixos temáticos elaborados para o roteiro disparador do grupo focal.

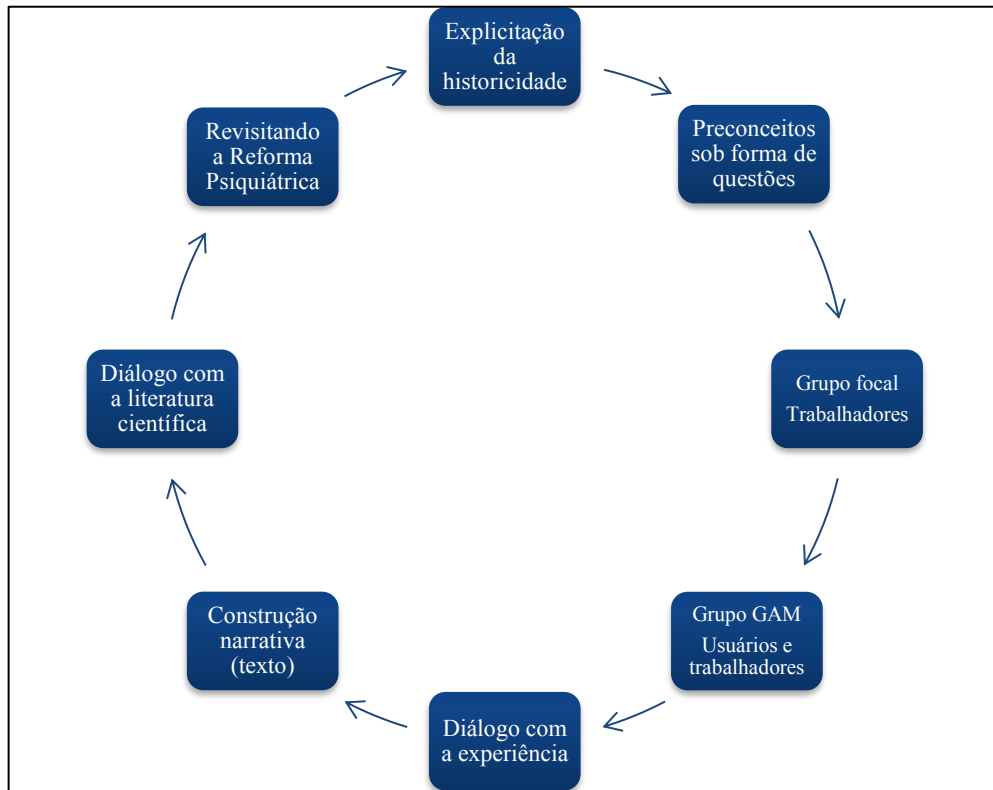
Após a identificação dos núcleos argumentais e a partir deles, realizou-se um agenciamento dos fatos, mantendo a fidedignidade da história (uma história que se deixa seguir, não necessariamente mantendo a lógica temporal). Em conformidade com o referencial que nos orientou e partindo de nosso referencial ético político, não se buscou revelar significações por trás do texto, o material foi construído com o que efetivamente foi dito. Nossa tarefa foi interrogar o material com objetivo de investigar no que ele responde aos nossos questionamentos. Em seguida, as narrativas foram submetidas à análise dos demais membros do grupo de pesquisa com a preocupação de verificação de possíveis vieses da pesquisadora na sua elaboração (RUAS, 2018; ONOCKO-CAMPOS, 2011).

A interpretação do texto, pela via da hermenêutica, compreende a apropriação (compreensão), ato subjetivo, que é derivado do distanciamento gerado pela fixação da escrita, e o ato objetivo, de análise da estrutura do texto (explicação). Nesse sentido, que Ricoeur (1994) propõe esse condensado entre teoria crítica e hermenêutica, como uma ferramenta (narrativa) para superar a distância entre o compreender e o explicar (ONOCKO-CAMPOS, 2011; ONOCKO-CAMPOS, FURTADO, 2008; RUAS, 2018; SANTOS, 2014). A hermenêutica crítica de Paul Ricoeur (1990) comunga com um liberalismo político e questiona o totalitarismo histórico das tradições, de forma respeitosa, e tem uma tarefa de continuar pensando a história universal, de forma a não ser refém dos limites históricos para a interpretação.

Em geral, as pesquisas no campo da saúde, não buscam meramente compreender seus questionamentos de pesquisa, mas possuem a preocupação com a formulação de políticas públicas, num compromisso de intervir na realidade apresentada por meio de proposição de alternativas, transformações e soluções para o contexto analisado. Tal como Gadamer (1997) nos aponta, quando destacamos nosso objeto de pesquisa, o contexto também é destacado. Este compromisso gera a necessidade de um distanciamento crítico com o intuito que emergjam novas discursividades (AYRES, 2005; ONOCKO-CAMPOS, 2011; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2008; RUAS, 2018; SANTOS, 2014).

Posto isso, o exercício hermenêutico para interpretação iniciou-se a partir do reconhecimento da pesquisadora de pertença à tradição de saúde mental brasileira, no campo álcool e drogas, e da transformação dos preconceitos em questões, que foram colocados em diálogo com a tradição da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e com a literatura científica. Além disso, buscou se aproximar dos discursos dos trabalhadores e usuários da equipe do CAPS AD de Santos/SP acerca das concepções do serviço, das práticas, equipe, direitos e autonomia e medicamentos e outras drogas. Assim, com as construções narrativas efetivando o círculo hermenêutico, iluminado pela obra de Paul Ricoeur (1994) e Gadamer (1997, p. 439), pudemos reconhecer que o círculo não é formal, não é nem objetivo nem subjetivo, descreve, porém, a compreensão como a interpretação do movimento da tradição e do movimento do intérprete (BACCARI, 2015; BARBOSA, 2008). Considerando a densidade teórica das reflexões desses autores, na Figura 2 estão apresentadas de forma esquemática o círculo hermenêutico com o objetivo de facilitar a compreensão do leitor, evidenciando o caminho que percorremos na pesquisa para responder aos objetivos propostos.

Figura 2 - Círculo hermenêutico da pesquisa



Fonte: autoria própria.

Esta pesquisa configura-se como subprojeto da pesquisa “Observatório internacional de práticas de Gestão Autônoma da Medicação: rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, suporte e fomento”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos da UNIFESP, com parecer nº 3.272.138.

4 RESULTADOS

Neste momento apresentaremos as sistematizações a partir do que se produziu no grupo focal com os trabalhadores do CAPS AD e no transcorrer do grupo GAM. Este último considerando relatos de usuários e trabalhadores cotejados com o registro do diário de campo e anotações no Guia GAM-BR.

4.1 Grupo focal

A preparação para a realização do grupo focal demandou uma participação em “passagem de plantão” com os trabalhadores e chefia de seção no CAPS AD com o objetivo de explicar sobre a pesquisa e convidar os profissionais que tivessem interesse de participar do grupo. Neste momento foram apresentados os critérios de seleção para participação dos profissionais no grupo focal, que consistia em ter vínculo com serviço por pelo menos seis meses antes do período da realização do grupo, e a apresentação de interesse e desejo de participar do estudo.

O grupo focal foi realizado no CAPS AD no dia 10 de janeiro de 2019, após acordo prévio com chefia da seção, referente à data, sala e horário. Para o encontro, estipulou-se o horário de passagem de plantão do serviço e sala, com a intenção de facilitar a participação dos profissionais. Por garantia, ampliou-se o horário do encontro em mais uma hora, totalizando duas horas.

A partir da recomendação da literatura que discrimina a técnica, destaque para Westphall, Bógus e Faria (1996), convidei para participar da equipe como observadora e facilitadora do processo grupal, uma graduanda em Terapia Ocupacional e aluna da iniciação científica da UNIFESP-BS, que posteriormente participou como uma das moderadoras do grupo GAM. O processo consistiu em ordenar os integrantes do grupo em círculo e numerá-los, obedecendo a uma ordem para facilitar o processo de transcrição. Na observação, o papel dela era em se atentar ao não dito, os momentos de consensos e dissensos, os temas polêmicos, os momentos silenciosos e outras situações que chamassem sua atenção.

O fato de trabalhadores e a figura que estava conduzindo a pesquisa se conhecessem previamente, pôde promover um momento de encontro descontraído e empático, em que os participantes se sentiram confiantes e à vontade para exporem suas falas. Foram 12 profissionais que se interessaram em participar do grupo, dentre eles profissionais de nível médio e superior, homens e mulheres, com idades e tempos de serviço diferentes entre si (Quadro 1).

Quadro 1 - Caracterização dos profissionais que participaram do grupo focal

Profissionais	Escolaridade	Cargo	Tempo de serviço	Gênero	Idade
1	Superior	Enfermeiro	4 anos	F	37
2	Superior	Enfermeiro	4 anos e 2 meses	F	28
3	Ensino Médio	Técnico de Enfermagem	8 meses	F	39
4	Superior	Terapeuta Ocupacional	4 anos e 4 meses	F	31
5	Superior	Psicólogo	5 anos e 5 meses	F	54
6	Superior	Psicólogo	9 meses	F	36
7	Superior	Psicólogo	5 anos	F	54
8	Superior	Farmacêutico	1 ano e 6 meses	M	47
9	Ensino Médio	Acompanhante Terapêutico	2 anos e 9 meses	F	28
10	Ensino Médio	Acompanhante Terapêutico	2 anos e 7 meses	F	42
11	Ensino Médio	Acompanhante Terapêutico	3 anos	F	46
12	Ensino Médio	Acompanhante Terapêutico	14 anos e 5 meses	M	60

Fonte: dados levantados no setor administrativo do CAPS AD, em fevereiro de 2019.

A fala introdutória do grupo focal consistiu em explicar a pesquisa, a condução (coordenação e a observação), o sigilo e o TCLE. Esse último foi fornecido a todos os participantes em duas vias (pesquisador e profissional), lido na íntegra e posteriormente assinado. Para provocar a discussão, foi utilizado um roteiro que continha quatro eixos temáticos previamente elaborados pela pesquisadora e orientadora (Apêndice B). O objetivo desta elaboração foi de focalizar os temas de interesse da pesquisa, a saber: concepção e organização dos serviços, concepção acerca da organização das práticas, concepção e organização da equipe e; por fim, autonomia e direitos.

O grupo focal teve duração de uma hora e quarenta minutos, foi áudio gravado, condição esta que também constava no TCLE, e transcrito na íntegra. O processo da transcrição foi realizado de modo que fosse assegurada a veracidade e originalidade do discurso, assim como o sigilo da identidade dos autores da fala, a qual foi modificada no documento. A transcrição completa está apresentada no Apêndice C. Vale ressaltar, que o grupo focal com os trabalhadores do CAPS AD foi realizado no dia, 10 de janeiro de 2019, anteriormente à implementação do grupo da GAM no serviço, que teve seu início no mês subsequente, em fevereiro de 2019.

4.1.1 Núcleos argumentais identificados no grupo focal

Após a transcrição fidedigna do material produzido no grupo focal, fez-se um primeiro reconhecimento da produção, por meio da identificação de núcleos argumentais presentes nos discursos dos participantes. Os núcleos argumentais foram identificados e organizados a partir dos eixos temáticos previamente propostos no roteiro, que fora utilizado como disparador do grupo. Um novo eixo, que não estava previsto no roteiro elaborado para o grupo focal emergiu no grupo, ao qual denominamos “Medicamentos psiquiátricos e outras drogas”, como estratégia metodológica para respondermos aos objetivos propostos.

4.1.1.1 Eixo concepção e organização do serviço

Neste eixo foi possível analisar a concepção dos trabalhadores sobre a origem e finalidade do CAPS AD e do que sofrem as pessoas que se tratam neste serviço. Em virtude de proporcionar uma melhor apreensão da pesquisadora para a elaboração da pesquisa, este eixo foi dividido em dois subeixos, denominados “Por que e para que um CAPS AD?”, apresentado no Quadro 2, e “Que sofrimento é esse?”, apresentado no Quadro 3.

Quadro 2 - Por que e para que um CAPS AD? (continua na próxima página)

Por que e para que um CAPS AD?

“[...] Assim, eu posso falar dentro da Saúde Mental de Santos, né, que era tudo assim não tinha separação, né, que a gente viveu a Casa de Saúde Anchieta e aos pouquinhos começava a separar, né, os NAPS do CAPS e qual a finalidade, a finalidade acho que é acolher, né, sempre, ajudar a pessoa a se cuidar[...]”

“[...] acho que é, tem uma coisa muito do combate ao *crack*, né teria que realmente, é uma pergunta difícil, aí eu lembrei assim do *crack* e do álcool, isso é bem nítido, né álcool, *crack* e outras drogas, acho que tem muito a ver com a substância, talvez *crack* nessa sociedade, de combater ou de tratar [...]”

“[...] eu acho que a finalidade é, não só acolher, mas eu acho que também é, tem a coisa da, do social, sabe, da ressocialização da emancipação do sujeito, os CAPS tem muito disso, né, talvez de resgatar um pouco desse indivíduo, acho que nesse sentido, acho que de resgate do indivíduo [...]”

“[...] o CAPS acho que mais do que uma CT, que é uma instituição privada da liberdade, acho que, essa coisa de tá no território, de trabalhar com eles no próprio território, acho que de resgate talvez dentro do ambiente dele, né?... dos laços, de reconstruir laços [...]”

“[...] eu vejo a construção de um CAPS especificamente AD, algo contra a guerra contra as drogas... a necessidade de ter um específico AD é pra mostrar que essa guerra contra as drogas, na verdade existem pessoas ali, pessoas que estão em sofrimento mental, então essas pessoas precisam estar em um local e devido a preconceitos e estigmas que esta população tem e acabava não sendo atendida, acredito em lugares de saúde mental, em outros CAPS, então eu vejo que aí é preciso dessa necessidade específica de um CAPS AD [...]”

“[...] hoje mesmo a gente estava conversando com o pessoal da Abordagem de Rua e elas mesmo falaram dessa colocação, não deveria existir não, existe os CAPS, né? Por que essa diferença? essa diferença ao invés acho que de proporcionar, acho que dentro do serviço existe uma visão do cuidado, mas eu acho que uma coisa mais ampla ao invés de pensar mais no cuidado, pensa muito mais na exclusão e na marginalização dessas pessoas, né? [...]”

“[...] e aí o pensamento da epidemiologia do crack, que é uma doença, né? Uma epidemia, tra lá lá, vai justificando mais ainda na questão de ter um local específico pra cuidar dessa doença, como se fosse uma TB, como se fosse, né? Porque o pensamento foi construído dessa maneira, muito em relação ao crack, me veio essa história da epidemiologia do crack, enfim, é uma coisa que eu me questiono sempre por que um CAPS AD, mas é um desafio pensar nisso [...]”

Nota: NAPS = Núcleo de Atenção Psicossocial; CAPS AD = Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; CT = Comunidade Terapêutica.

Quadro 3 - Por que e para que um CAPS AD? (continua na próxima página)

“[...] existe um CAPS AD para também dialogar com essas equipes, dialogar com a sociedade, o que, de onde nascem esses usos de substâncias psicoativas, o que de fato eles interferem na vida da gente, o quanto que as pessoas mesmo vão ficar presas nesse uso, quimicamente, corporalmente, socialmente, acho que a gente tem um papel de, disso, de firmar um uso que é da sociedade, que é construído por ela, mas que existe, que causa danos e que tem questões relacionadas então [...]”

“[...] É, falando desse jeito que você falou agora a gente até tem um ponto positivo por que tem um CAPS AD, né? Que é pra dialogar com esta outra equipe dos CAPS que não tem esse entendimento da pessoa que faz um uso abusivo do álcool ou qualquer outra droga [...]”

“[...] mas, é, tem outra questão que as pessoas entendem que como se a gente aqui no AD fosse uma especialidade, né? Que assim o tempo inteiro eles se reportam pra gente, como se a gente fosse especialista, como se a gente fosse solucionar, né e como é difícil isso, né? [...]”

“[...] o nosso trabalho é bem igual o deles ali, né, que é sofrimento mental também que a pessoa, porque, existe aquela questão de acreditar muito no abuso da droga, é uma escolha né, tem isso, faz por que, né? Então, e aí tendo esse julgamento moral, né, que faz um abuso de droga ilícita, eu acho que isso é ter um CAPS AD separadamente, pra mim é mais negativo do que positivo no cuidado dessas pessoas, eu acredito [...]”

“[...] por isso que houve a reforma funcionou justamente pra isso pra garantir, né? Um pouco de dignidade ou direitos pra aqueles que ficaram alijados deles, é complicado, eu acho que o CAPS, uma das funções do CAPS realmente é tratar dessas questões com o indivíduo que frequenta é, e aquela coisa que eu falei da rejeição que aproxima de uma das suas perguntas, lá deles ficarem a margem é por conta desses direitos que lhe são negados, né? Tá sempre ali meio que excluídos de tudo, justamente por essa negação de direitos[...]”

“[...] Eu acho que a gente vive uma crise do livre arbítrio, sabe? Porque sempre, sempre não, mas de uns tempos pra cá vinha questionando essa existência de um CAPS especificamente AD, sendo que um ser que faz uso de uma determinada substância organizada sem um sofrimento não seria uma questão na minha, no meu modo de ver, então alguém que usa crack uma vez por mês, com os filhos protegidos, com a família organizada e só vais usar no mês seguinte quando né, sem comprometer sua renda, uma pessoa que não desorganiza a vida pra fazer o uso, seja de qualquer substância que for, pra mim não seria um problema [...]”

Nota: CAPS AD = Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Quadro 4 - Por que e para que um CAPS AD? (continuação)

“[...] eu tenho a idéia que todos nós em alguma medida fazemos uso de substâncias que dão algum prazer, que sejam psicoativas e aí fico pensando que, quando, na criação dos CAPS, que era uma luta, de um lugar social pras pessoas loucas e aí dentro dessa própria luta, a questão do uso de substâncias sempre foi entendido como uma questão de escolha, então, eu escolho ser louco, eu escolho quebrar tudo, as pessoas podem entender que eu tenho uma doença mental que, pode nunca ser achada, né, neurologicamente, mas que pode existir; As pessoas conseguem entender o funcionamento de um esquizofrênico, mas é muito difícil entender que todos tem um desejo por beber e que alguns se descontrolam nessa bebida, assim, e aí é muito difícil inclusive que essas equipes que fazem o cuidado das pessoas loucas. Então quando luta por lugar do louco na sociedade, o lugar da pessoa que usa drogas desreguladamente é muito complicado, sempre trago um pouco mais pro lado político assim, [...]”

“[...] e isso geralmente é social, então a pessoa que está acamada e faz um uso de uma substância que é para curar a sua doença é uma coisa, é olhada de uma forma, a pessoa que faz o uso de substância porque ela tá sofrendo, tá com sofrimento, depressão e ela recorre a esse uso e é olhada na rua, ela é olhada de outra forma, olhada com estigma, olhada com olhar de desprezo, olhada é como se fala, é me olha como bosta, chamada um bosta, olha aí essa drogada. Já ouvi vários relatos assim, drogada e isso vai gerando essa conduta que é difícil a gente conseguir ir galgando e mostrando que tem outras saídas, outro mundo, além disso, outras coisas além, outras possibilidades [...]”

Nota: CAPS AD = Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Quadro 5 - Que sofrimento é esse? (continua na próxima página)

Que sofrimento é esse?

“[...] aceitação, tô pensando em não aceitação da sociedade em si, o lado marginal da substância que não é legal, né?... acho que eles sofrem por isso mais do que de até com, assim, conversando assim na convivência diária, no cotidiano, eu acho que eles fazem a não aceitação deles, né? Do espaço, do abandono e inclusive até do meio [...]”

“[...] um sofrimento da pessoa individualizado, singularizado e existe um macro que é como a pessoa se vê que é a grande maioria, eu sou um adicto, eu recaí, que são questões que vai remoendo e vai gerando uma e vai propagando, que vai gerando maior, uma maior como posso dizer, uma maior estigma, uma maior. Vai fazendo ele criar uma roda, um círculo vicioso, em vez de mudar a roda, existe isso muito pesado, vai se colocando, as palavras que vão se ver, a sua auto crítica, ou como você se vê. É muito forte e negativo e não consegue observar as *expertise*, as possibilidades que existe no mundo, que ele possa fazer. Ele não percebe isso dentro dele que, muitas das vezes, sempre tem alguma coisa, sempre, sempre você observa e você vê que tem, mas isso não é potencializado, a própria pessoa não percebe isso nela [...]”.

Quadro 6 - Que sofrimento é esse? (continua na próxima página)

“[...] Acho que a gente discute essa coisa várias vezes, eu não sei por que as pessoas sofrem, eu acho que, tenho certeza que, as pessoas não sofrem de drogas, a droga não é o sofrimento, ela é o remédio. Ela é o que entra nesse lugar, assim e que não é necessariamente aplacar uma dor ou um sofrimento, sim, mas é num vazio, num sofrer que é humano, assim, que todos nós temos e que algumas, principalmente algumas esferas sociais assim são impelidas todo tempo a ocuparem esse lugar. Esse lugar de não fazer, de não criar, de não pensar e aí, enfim, mas são diversos os sofreres e isso vem a calhar, de que é, acho que é isso [...]”

“[...] a grande maioria realmente das pessoas que a gente tem contato diário, pra tentar entender do que que elas sofrem, eu só consigo ver questões sociais, eu vejo que ela sofre do desemprego, ela sofre de injustiça, ela sofre de uma família desestruturada ou não, uma família, ela sofre de pobreza, é, eu vejo questões sociais que ela sofre [...]”

“[...] também acho que sofrer de droga ninguém sofre, também, é. Eu acho que traz o preconceito, traz a vergonha, o medo e a culpa. Aí isso vai gerar esse sofrimento nessas pessoas, pelo estigma, por tudo que tá em cima da droga, que aí vai trazer realmente esses sentimentos de vergonha, de medo e de culpa e entra nesse ciclo [...]”

“[...] injustiça [...]”

“[...] eu acho assim que o sofrimento mental nunca foi entendido, é uma área que ninguém dá conta. Uma época não soube o que fazer, tranca lá que a gente nem olha e né, finge que não existe, enche de droga que assim o cara fica lesado e pelo menos não dá problemas, né. É só o que que acontece, a loucura existe ou o sofrimento mental existe e tá aqui, tá entre nós todos, né, a gente não tem como negar isso [...]”

“[...] se fosse uma questão social só, esse monte de jovem rico, cheio da grana, é que eles não são a população que a gente atende na maioria aqui, eles não teriam também tanto sofrimento, tanta angústia. E isso é muita coisa que tá acontecendo, de adolescentes se suicidando, se mutilando, se machucando, se drogando. Eu acho que a gente foge é de uma realidade de que a vida humana ela traz muito sofrimento, todos nós sofremos, todos nós temos as nossas angústias, as nossas dores e acho que o grande desafio é conseguir dar conta disso. Só que as vezes a angústia é muito grande e a pessoa não conseguindo dar conta daquilo e não sabendo por onde fugir, encontra uma rota de fuga né. Tanto é que nem todo mundo é viciado em drogas, alguns são viciados em sexo, outros são viciados em comida, outros são viciados em jogos, mas o que a pessoa tá procurando nessa corrida pra alguma coisa, é uma fuga, é sair daquilo que ela não tá aguentando lidar [...]”

“[...] é lógico que a questão social também traz sofrimento, acho que a nossa sociedade como um todo é muito desumana, essa vida que a gente vive é desumana... lógico que se o sujeito não tem onde morar traz um sofrimento, mas alguns já tiveram essa experiência e foram parar nesse lugar, eles deviam estar fugindo de outra coisa que não era isso, eles tinham casa [...]”

“[...] não é a droga mesmo, né [...]”

Quadro 7 - Que sofrimento é esse? (continuação)

“[...] porque eu acho que não se trabalha muito com a causa sabe, a causa fica em prol do, só do uso da droga, acho que fica muito focado na droga, e a causa, nem o próprio paciente consegue buscar e resgatar. Ah tá, e aí você fala pros pacientes às vezes trancar a droga e ela não é a causa, é o remédio [...]”

“[...] mas que tipo de vida as pessoas levam que o querer maior que elas têm é um prazer de três minutos assim, uma *bad* de três dias, sabe? Que o cara usa cocaína fica lá 20 minutos bem, depois ele fica três noites noitado achando que tá alguém atrás dele. São escolhas muito equivocadas, as vidas tem muito sofrimento pra levar as pessoas a estas escolhas eu acho [...]”

“[...] então eu concordo que a droga pode ser usada, ela é usada como uma saída do sofrimento. Só que eu concordo com aquilo que a gente discute com o R. que, em algum momento, se a pessoa se perdeu no uso lá e que se tá trazendo mais problemas do que do que solução, ela tem que avaliar se é uma boa saída. Eu costumo trabalhar com os pacientes nessa, nesse caminho, é uma saída, sim, provavelmente foi o que te ajudou a segurar aquele momento tão ruim, tão difícil, só que tá trazendo outros problemas tão grandes com os quais eu não consigo lidar hoje [...]”

“[...] que aí a pessoa tá nessa carapuça, né, que fala de realmente um usuário de drogas, e acaba ficando nesse ciclo e sofrendo esse ciclo e tendo recaídas e estando abstinente e com essas inúmeras palavras que usam pra questão de dependência química, que a gente não utiliza esse termo. Então realmente acho que elas sofrem de questões sociais, de questões [...]”

4.1.1.2 Eixo concepção e organização das práticas

Neste eixo captamos as informações relevantes sobre o que os trabalhadores atribuem como necessário para o tratamento/cuidado das pessoas que sofrem em decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas quanto à estrutura e recursos (medicamentos, formas de organizar o trabalho, lugares, espaços e serviços). Outra questão fomentada pela pesquisadora foi a respeito do uso de psicotrópicos, se estes podem se inserir nos projetos de cuidado e de que forma. Ainda foi explorado como se dá a condução da equipe quando o usuário apresenta questões sobre os medicamentos. Trechos dos relatos a respeito desse eixo estão apresentados no Quadro 4.

Quadro 8 - Qual é a oferta de cuidado? (continua na próxima página)**Qual é a oferta de cuidado?**

“[...] na perspectiva que eu trouxe moradia, em primeiro lugar, então, pra ter um cuidado com as pessoas, elas teriam que ter uma moradia, um emprego, de acordo com o interesse de cada um, com o perfil de cada pessoa, é. Acho que atividades prazerosas, atividades de lazer, esporte, cultura, é essas coisas estariam todas envolvidas neste cuidado [...]”

“[...] é eu acho assim, antes de qualquer coisa, antes de qualquer coisa é o cuidado que a gente pode oferecer pra esta pessoa que chega aqui com este sofrimento é uma escuta, acho que esse acolhimento, escuta mesmo a demanda, uma escuta qualificada, é sem sem, como é que fala, sem preconceito, sem crítica [...]”

“[...] e nisso tem uma parcela bem pequenininha, a medicação né, que a gente vê que às vezes até atrapalha do que ajuda, é o meu modo de ver, é isso [...]”

“[...] acho que ouvir é muito importante e fundamental, saber ouvir e, a maioria das vezes eles já sabem a resposta. Falar todo mundo fala muita coisa pra eles, detalhes, dividir as coisas que não deveriam falar, coisas que deveriam ser ditas, mas outras que não são importantes, acho que é importantíssimo saber ouvir e às vezes, eles mesmo vão falando, vão dando as respostas [...]”

“[...] a gente tem médico, a gente tem, ficar lá na convivência, tem os grupos e é bastante, acho que pelo o que a gente faz aqui é bastante pelos recursos que a gente tem [...]”

“[...] é eu acho que o primeiro recurso que a gente tinha que ter e não tem é realmente essa, desmistificar as substâncias em si, a ideia da gente é sempre voltar à droga pra essa caixinha da droga assim, essa caixinha que ela tenta ocupar [...]”

“[...] as pessoas estão usando uma coisa que é ofertada, que existe, que a gente finge que não existe, porque não é licito. Então acho que a gente devia falar mais sobre essas coisas, estudar essas substâncias que são utilizadas [...]”

“[...] eu acho que na parte preventiva isso é importante, a pessoa saber o que vai consumir né? Que barato que vai dar, quais serão também os efeitos colaterais... deveria ter realmente assim um retorno, não sei se grupo, não sei se educação em saúde, eu não sei que maneira a gente poderia abordar a substância também em determinado momento [...]”

“[...] eu acho que tem isso, mas eu acho que tem também da experiência de cada um. Porque assim, a gente sabe, um é estimulante, o outro, ansiolítico, depressor e às vezes você começa a conversar sobre a experiência da pessoa e você fala assim ‘nossa você toma isso pra relaxar, pra dormir’, sabe. E aí você vai entendendo que assim como os psicotrópicos, os medicamentos também, eles também estão agindo muito, é de acordo com a pessoa ou com o momento da pessoa. É claro que existem coisas que balizam que a gente sabe que é padrão, mas pra mim eu entendo muito mais com uma questão que como a pessoa vivencia aquilo, e o momento que ela tá vivenciando [...]”

Quadro 9 - Qual é a oferta de cuidado? (continua na próxima página)

“[...] porque eu acho que é assim, você vai usar um negócio, você usa um negócio, pode ser qualquer coisa, até um chá e você não sabe que barato que vai dar, daí você tá usando, se der um barato legal e se você gostou. Mas aí é preciso entender o que tá se causando, e a coisa da bula. Aí você tem um certo controle de lidar melhor com essa substância, se você fala assim ‘se eu exagerar aqui vai me acontecer isso’, se eu fizer e aí esse conhecimento de quem tava usando que pode alcançar, não é todo mundo que alcança, né isso aí seria uma preleção, uma parte significativa, aqui no CAPS assim [...]”

“[...] às vezes eu já fui pro atendimento pensando nisso ‘ah uai então, na, na, na, na, na, na, na’ aí o cara começa a relatar as coisas e você fala ‘mas não tá encaixando não, você tem certeza? Você usa mais alguma coisa? É só o álcool mesmo?’ Eu acho que vai muito nessa experiência, né? Até porque é muito maior quando ele chega aqui, o sofrimento é muito intenso, talvez também, tô pensando nisso assim [...]”

“[...] eu acho que a, neste momento o princípio ativo, né? Seja necessário em alguns casos, não acho que é todos, mas acho que é necessário sim... Por exemplo, um paciente que tem como transtorno de base, uma ansiedade, uma depressão, né, muito severa, né? E aí vai ter que tratar essa depressão, né, assim, tem patologia de base, né, esse trabalho despatologiza. Mas tem momentos que a gente tem de pensar mais assim, né, tratar é, tem uma desordem química sim, existe. Eu acho que o medicamento psicotrópico em alguns casos é importante, né, pra melhorar a qualidade do sono, é, nos momentos para uma desintoxicação do álcool, por exemplo, que tem uma síndrome de abstinência grave e pra ajudar na desintoxicação de até mesmo da cocaína, né? Que tem aquele efeito rebote ferrado, bom sei lá, eu acho, não em todos os casos, mas eu acho que é importante [...]”

“[...] tô pensando numa coisa simples, que eu acho que falta no CAPS como ele teria que ser, é ter um veículo próprio, veículo próprio, uma coisa simples, que a gente pudesse ir à praia. Eu acho que o esporte é uma forma, o esporte é muito importante, dá um espaço muito grande na vida das pessoas, né? E a gente tem que conseguir entrar nas brechinhas, eu acho que o esporte é excepcional para isso. Hoje foi, fomos lá à tenda, adoraram, chegaram aqui como? Não falavam em outra coisa, ampliar isso, se não tem passe não dá, se tá chovendo não dá, uma coisa assim [...]”

Nota: CAPS = Centro de Atenção Psicossocial.

Quadro 10 - Qual é a oferta de cuidado? (continua na próxima página)

“[...] eu fico pensando assim, é fundamental que a gente tenha essa escuta e esse acolhimento aí, não pensando muito mais na questão da prescrição, que a gente escuta e entende e vai, mais assim, quais são os instrumentos que a gente tem, de alguma maneira pra construir algo com essas pessoas que chegam aqui fragilizadas. Enfim, de, as pessoas tiveram uma moradia, mas que moradia era essa? Quantas pessoas tava nessa casa? Que tipo de possibilidade que essa pessoa tinha lá dentro dessa casa? A gente vê tanto caso de abuso, tanto caso de violência, assim, que casa foi essa que essa pessoa abandonou? Ela, de fato, fez com que ela não quisesse estar ali, as histórias são muitas, a gente vai ouvindo coisas que tem, e assim nem eu moraria numa casa dessas, né, muito melhor na rua, né? Enfim, ou pessoas que foram sempre abrigadas, institucionalizadas, então vem uma história de muitas quebras e rupturas e dentro dessas quebras e rupturas quais foram as possibilidades dessa pessoa refletir sobre sua própria vida a não ser pela sobrevivência, né? Se dá uma moradia, é super importante que ela tenha opções pra viver coisas que talvez ela nunca tenha vivido, mas ela precisa de alguma maneira, ter essa flexibilidade e aqui é o que a gente vê? A gente não tem um, nesse sentido, a gente nem tem uma sala pra fazer uma escuta adequada. Tem muitas coisas que é super importante, vai, não vamos pensar no serviço mais do que é mais, é pensar no ser humano na sua integralidade e ele precisa de afeto, que ele viva numa comunidade, sei lá. Eu penso que é muito mais e a gente não tem, a gente não tem estas possibilidades, né? A gente nem tem uma sala pra fazer uma escuta adequada, tem muitas coisas que é super importante [...]”

“[...] a gente fica num místico de coisas, e aí a gente vai vivendo esse místico também, que se o cara usa o *crack* já era, e aí a gente não tem armas pra lidar com as questões que vão chegando. Assim, a gente fica preso em achar que se usou o *crack* já era e não tem mais o que fazer assim, meio que fantasiosamente, sem saber exatamente o que de fato rola, o que o cara realmente usa [...]”

“[...] apoiar, mesmo que você não concorde, né. Mesmo você identificando que o problema, o problema quem buscou foi ele, mas de qualquer forma mesmo, ele tá tá sofrendo, né. Eu acho que antes de qualquer coisa, essa é minha percepção, é. Acho que antes de qualquer coisa, é ouvir, é ouvir a pessoa [...]”

“[...] às vezes a gente não tem uma resposta pra dar naquele momento e acredito que esse seja o sofrimento da maior, da maioria dos profissionais de saúde mental. Independente da profissão, é não ter uma resposta pra dar, é não se sentir qualificado pra achar uma resolução. Às vezes a pessoa vem aqui nem quer resolver o problema, ela só quer dividir, né tirar um pouco o peso, dividir [...]”

“[...] acho que, uma coisa básica que a gente não tem aqui, é isso, se você está falando de pessoas que não tem cômodos muito grandes, a Unidade que atende essas pessoas estar caindo aos pedaços é um limitador muito grande. Esse lugar deveria ser um lugar agradável de viver, né? Esse lugar deveria ser um lugar acolhedor estruturalmente, assim, poderia ter recursos [...]”

“[...] uma quadra de esportes? [...]”

Quadro 11 - Qual é a oferta de cuidado? (continua na próxima página)

“[...] uma quadra, ou então a gente poderia ter acesso mais oficial aos recursos do município, né? Que as pessoas pudessem ter, um pouco mais as portas abertas, acessibilidade assim. A gente ter uma possibilidade de receber os pacientes em crise mais adequadamente, ter uma enfermaria adequada, a gente ter um profissional médico mais disponível pra um diálogo maior sobre as questões, é [...]”

“[...] um espaço para o pessoal que fica de acolhimento dia [...]”

“[...] acho que a gente devia regulamentar os usos, ter salas de uso sim, ter lugares pra usar, ter profissionais pra orientar esse uso, a gente deveria falar mais sobre o uso em si, onde eles devem usar [...]”

“[...] eles não conhecem a medicação, eles não conhecem o que estão tomando. Eu tava atendendo outro dia um paciente, ele falou, ele tava com os remédios em casa, daí quando ele tava tão nervoso, ele pegava e tomava três sertralinas de uma vez. E aí eu fui explicando o que era cada remédio, o que era o diazepam, mais ou menos, como é que funcionava a sertralina, que ela tinha um tempo, né. Ele entendeu naquela hora, né, entendeu até que ele tinha que medicar a mãe dele (risos) É, mas não, depois ele entra naquela rotina da vida dele e ele não tem aquele cuidado com a tomada da medicação, né, as vezes por uma questão de pouca cultura, de, é, não lê, não consegue ler, né, bula [...]”

[...] eu acho que eu, como terapeuta ocupacional e muitos profissionais aqui também não tem muito conhecimento sobre cada medicação, porque quando uma pessoa vem com problemas relacionados ao uso da medicação, a gente consegue acolher, consegue fazer essa escuta, mas a gente vai recorrer realmente ao médico, que é algo muito difícil aqui dentro por causa das dificuldades de acessos aos médicos e as dificuldades de conversa sobre a medicação prescrita. Então a gente fica com as mãos muito atadas mesmo [...]”

[...] a pessoa vem ‘ah eu não estou conseguindo dormir com essa medicação’, que é feito, é remarcada a consulta médica pra ela passar no médico e tentar por ela mesma conversar com o médico sobre isso. Então a gente tem a sorte que consiga conversar, ah e agente ainda orienta ‘ah então conversa, fala pro médico que você tá sentindo, isso, isso e aquilo’, de acordo com os sintomas que a pessoa tá falando pra gente, ‘fala que você já tá quanto tempo você tá tomando’, ‘ah já tô tomando há um mês e acho que não deu efeito’, ‘então conversa com o médico se demora mais pra ter o efeito ou não’, coisa que nem a gente tem essa informação de quanto tempo a medicação daria algum resultado, ou coisas assim. Eu pelo menos, eu me sinto muito ignorante em relação a esse tema, a questão da medicação [...]”

“[...] noutro dia tinha um paciente, que não precisa falar o nome, né? Nem a médica, uma questão de fazer o paciente tomar medicação assistida, tal e tal medicação, aí a médica falou assim ‘não, mas essa medicação não tem valor de mercado’, isso é uma informação que eu não tenho e acho que muita gente não tem né? Saber que não teria o porquê, a preocupação era que fosse vender a medicação, quer dizer, são coisas assim simples, mas a pessoa tem que ter o conhecimento técnico, né? E a gente saber se tem o valor de mercado, se é o remédio [...]”

Quadro 12 - Qual é a oferta de cuidado? (continua na próxima página)

“[...] se o paciente chega até mesmo pra mim e fala que não tá conseguindo dormir com determinado remédio, eu não vou poder fazer nada também, além de orientá-lo a voltar no médico e questionar o remédio, né? A gente, farmacêutico, tem essa autonomia? [...]”

[...] de que o cara, chegar e falar ‘é, eu não tô conseguindo dormir com este remédio’, ‘você tá tomando direito?’, ‘tô’, ‘todos? Na forma que tá na bula?’ Entendeu? Quer dizer, é uma questão que é relativa ao médico mesmo, eu acho que existe a falha do médico. É, que o médico na consulta quando ele prescreve o remédio, ele já deveria naquele momento falar, pra que que é cada medicamento e isto não existe, acho que nem na consulta que demora uma hora, não existe [...]”

“[...] eu acho que o cara não tá tomando, muitas vezes, é óbvio. Tem as pessoas com pouca cultura, pouco conhecimento, a gente identifica lá, faz um papelzinho. Acho que o problema não é esse, acho que o problema é mesmo da pessoa, se cuidar, de querer se cuidar. Não tem outro caminho, ninguém vai obrigar o outro a tomar medicamento. Ele tá ali com a receita explicando como tomar, se ele não entende, ele tá com outro papelzinho, acho que não é isso a questão, eu particularmente, é óbvio, cada um tem uma opinião [...]”

“[...] porque a gente trata de outros, outras doenças também, diabetes, hipertensão, não é só [...]”

“[...] eu acho interessante que, a maioria de nós, a maioria das vezes a gente, assim como os outros, como os pacientes, eles tem a, eles buscam na droga uma coisa mágica, assim, vai resolver meu problema, eu vou tomar esse comprimido e aí eu não vou discutir mais, não sei que, eu vou dormir, então tem muito essa fantasia, né? Mesmo a gente, vai, vamos supor, eu tenho um trabalho com o horário todo desorganizado, aí meu sono fica desorganizado, aí eu tomo um comprimido pra dormir, né? Que que eu tô querendo, que o comprimido regule aquilo que eu não consigo regular na minha vida, né? É mais ou menos a mesma coisa [...]”

“[...] eu acho que medica demais aqui no CAPS AD [...]”

“[...] eu acho que medica demais [...]”

“[...] porque assim, eu particularmente, eu sou leiga em matéria de sei lá, vou me intitular como ignorante, igualzinho a S., não sei sintomas, não sei pra que é, pra que serve, sei lá. Mas eu vejo assim, que é o médico, a questão aí é o psiquiatra. Também concordo com a C., por que assim, tudo bem, eu acho que qualquer técnico pode, é que ninguém, de repente, ele se sente incapaz de dar uma avaliação psiquiátrica, porque ele não é um psiquiatra, mesmo psicólogo, né? Quer dizer enfermeiro e tal, né? Sei lá, outros que tem formação na área de saúde, mas assim é o papel do psiquiatra, ele vai avaliar, eu acho que todo psiquiatra, ele avalia e já vai medicando [...]”

“[...] e medica bastante [...]”

Nota: CAPS AD = Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Quadro 13 - Qual é a oferta de cuidado? (continua na próxima página)

“[...] eu acho que tem que avaliar, ter uma primeira avaliação que cabe ao psiquiatra, avaliar se está com algum transtorno causado, ou tem alguma psicopatia, não sei. Ou então fazer uma segunda, mas já vai..., e as vezes é uma lista extensa de medicamentos e eu vejo o pessoal lá com sacolas de medicamentos e que tá em situação de rua, desabrigado e aí... [...]”

“[...] é o papel também eu acho que do psiquiatra fazer uma, ter uma avaliação com esse paciente que ele está atendendo, se realmente é caso de dar alguma medicação, ou se é caso dele começar a fazer os grupos ou qualquer terapia que vai ser ligado ao PTS dele, ou que está. Qualquer outra coisa de técnica pra atender queira fazer por esse indivíduo, mas aí depois. É uma loucura porque você tem que, é isso a cultura mesmo da medicalização do médico, aí o médico é um reproduzidor de receituário, porque ele já tem praticamente [...]”

“Não tem um cuidado, não tem um cuidado com aquele paciente, de escutar, fazer uma escuta de fato, e aí é só reproduzir receita e o cara vem e às vezes, nem olha na cara do médico, nem chega pega a receita ali no prontuário, aí fica uma troca e aí leva a receita, eu particularmente não acho isso um cuidado, eu acho que isso é um mais, é ingerir mais substâncias ainda, o cara fica dependente de outras substâncias, além daquela outra que ele usa porque uma não substitui a outra, se fosse o caso até faria, ah! o cara ta se organizando, o cara ta conseguindo trabalhar, ta dando conta de vida, diminuiu um pouco o ritmo com a outra substância, daí eu pego, aí teria um ganho sabe, aí tudo bem, ta tendo um prejuízo, mas teria um ganho, a outra droga ta dando de fato teoricamente, uma qualidade de vida mesmo.”

“[...] e a gente sempre tem aquela coisa de querer resolver, de querer mostrar, ah então faz isso daqui, de querer prescrever, mesmo não sendo médico, de querer, e o PTS, muitas vezes cai nessa coisa da prescrição, né, eu, mesmo entendendo desse jeito, me pego a fazer, por vezes a prescrição, sabe, bom, acho que é isso. [...]”

“[...] desestruturou todo o meu caminho esse, eu não sei mais o que fazer que é nesse estado que eles vêm buscar a gente aqui geralmente então, talvez seja o momento de pensar que outros caminhos haveriam, né? Não pra suprimir a droga e talvez em algum momento de até substituir por outra droga, que também é comprada na drogaria, né. E que se é comprada na drogaria, é porque é droga também, mas com o objetivo de ajudar a se reorganizar. Se não entender aquilo que tá acontecendo, de que jeito eu posso dar, ter outra saída pra aquilo, né. Mas eu acho assim que boa parte, se ela vê como uma solução, eu acho que é muito evidente que não foi uma boa solução, se for jogado tudo só nisso, não é uma boa solução, porque tá trazendo muito sofrimento pras pessoas, pra sociedade toda com a qual a gente também não sabe como lidar [...]”

“[...] substituir por outros caminhos, até por medicamentos [...]”

Nota: PTS = Plano Terapêutico Singular.

Quadro 14 - Qual é a oferta de cuidado? (continuação)

“[...] essa visão da autonomia na questão da medicação que eles não têm daí isso fica centrado só no médico e tem essa coisa de não, não contrariar. Às vezes no plantão, sem vínculo de referência, eles saem da consulta e vem reclamar do remédio aqui na frente, é isso instantaneamente após a consulta. E, e, eu acho também que ao mesmo tempo em que, as duas coisas que eu vou falar e são prejudiciais e negativas, mas ao mesmo tempo que uma é claramente ruim, a outra os deixa numa zona de conforto, porque aí o responsável por tudo aquilo que tá acontecendo com ele vira o médico que prescreveu e o responsável por mudar imediatamente na hora que tem um efeito colateral é o médico, pra suprir tudo que envolve a questão do remédio é só o médico e a pessoa fica bem passiva, né? O paciente fica bem passivo [...]”

“[...] pra nós também funciona assim [...]”

4.1.1.3 Eixo concepção e organização da equipe

Neste eixo foi explorado o porquê se justifica a composição de uma equipe multiprofissional num CAPS AD; se existe diferença entre uma organização multiprofissional e interprofissional e como a percebem; e se existe diferença, como é que se dá na prática. Trechos de relatos do grupo a respeito desse tema estão apresentados no Quadro 5.

Quadro 15 - Todo mundo faz tudo? (continua na próxima página)

Todo mundo faz tudo?

“[...] eu acho até estranha a forma de atuação nossa, que todo mundo faz quase tudo. Eu acho que, por exemplo, tendo uma equipe multi quando eu atendo como psicóloga, uma paciente que tem uma questão social eu posso consultar ou posso trazer junto, ou posso encaminhar para a assistente social, ou como se for uma questão de medicamento, encaminhar pro farmacêutico e tal, mas às vezes acho que as coisas se misturam [...]”

“[...] também acho isso, às vezes assim nas discussões que, multiprofissional é eu querer fazer o seu papel, acho que não é isso eu acho que é chamar para estar junto e de repente nesse momento um absorver o aprendizado do outro, mas não querer ser igual o psicólogo, TO, AT. Eu sou farmacêutico, não tem como querer fazer o papel do outro. Agora juntos, ó, nesse caso eu atendo A, esse caso precisa de um psicólogo, ô J. vem aqui. Multiprofissional, trabalhar junto, mas não querer fazer o papel da J., ou ela querer ser. Não entendo assim, mas às vezes eu percebo que a ideia é essa, não sei, acho que multiprofissional é tá junto, tá junto [...]”

Nota: TO = terapeuta ocupacional; AT = acompanhante terapêutico.

Quadro 16 - Todo mundo faz tudo? (continua na próxima página)

“[...] então gente, acho que tem muito preconceito, é a equipe do CAPS, é uma equipe multiprofissional, é uma equipe multiprofissional que tenta fazer um trabalho interdisciplinar. A gente atua assim visando o cuidado integral ao indivíduo, então esse indivíduo, ele é único então ele vai ter questões sociais, questões farmacológicas, questões físicas, questões psicológicas, tem várias coisas envolvendo o sofrimento, a vida dessa pessoa e nós como profissionais de saúde, com esta visão inter, com essa visão mais ampla, nós iremos acolher tudo que ele trazer para nós. Pode ser que eu não saiba questões de aposentadoria no INSS e eu precise de ajuda do meu colega assistente social, ou até mesmo eu tendo uma capacidade cognitiva melhor que esta pessoa, por ter uma faculdade, eu consiga ir atrás dessas respostas e fazer prestar esse cuidado ao usuário [...]”

‘[...] a questão interdisciplinar num CAPS acredito que é para essa prestação desse cuidado integral, a esta pessoa que é um ser completo, que não é dividido, que não é fragmentado. E senão a gente vem pra uma visão anterior a esta, que era uma visão ambulatorial, onde a pessoa, então ela tem que passar pela assistente social, pelo farmacêutico, pelo psicólogo, pelo terapeuta ocupacional separadamente, como se cada um fosse resolver uma parte da vida dessa pessoa, uma parte do sofrimento dessa pessoa e aí a gente acredita que é um passo além, que é um ganho a questão interdisciplinar. Como técnicos de referência, tratar junto daquela pessoa atuando nos diversos sofrimentos dela, nas diversas questões da vida dela, é. Então um técnico de referência, para que possa ajudar e construir conjuntamente esse projeto terapêutico, é, é isso a minha visão de CAPS que vai além da questão da multiprofissionalidade, vai pra interprofissionalidade, pra interdisciplinaridade no sentido de cuidado a essas pessoas [...]”

“[...] existe uma multi e uma inter, elas tem que se relacionar né? Se a gente trabalhar de forma interdisciplinar nossos saberes tem que estar se relacionando, né? A gente tem que começar essa troca de como trabalhar junto e essa troca de saberes vai dando um conjunto, e equipe multidisciplinar é uma equipe multidisciplinar, tem várias pessoas de várias profissões aí, há uma diferença da forma que se trabalha, isoladamente e coletivamente [...]”

“[...] eu pensei no psicólogo da minha equipe, eu pensei nos olhares, sabe assim, isso é uma coisa minha assim, olhar diferente, porque o psicólogo ele tem um olhar, eu não sei o saber do psicólogo, eu não fiz psicologia, então não é uma obrigação minha ficar tendo o mesmo saber das psicólogas que estão todas sentadinhas aqui... eu não tenho esse saber, e não me interessa saber, porque não vou ficar ‘olha, como que eu faço?’. Eu posso consultá-las em algum momento ‘olha eu acho que o fulano de tal é uma questão mais, sabe lá dentro, ele teria que trabalhar isso com um profissional’. Às vezes eu sozinha não consigo, aí também é uma questão de dividir assim, ver como consegue [...]”

Nota: CAPS = Centro de Atenção Psicossocial; INSS = Instituto Nacional do Seguro Social.

Quadro 17 - Todo mundo faz tudo? (continua na próxima página)

“[...] a mesma coisa de TO, eu não sou terapeuta ocupacional, eu não sei, então assim a minha área é de humanas assim, eu tenho uma outra, um outro olhar pra eles, eu gosto desse olhar mesmo, da narrativa de vida deles, um olhar, é, da própria, do território, é de como eles chegaram, sabe, é uma outra questão. Então eu me preocupo com outras questões, até a questão da refeição eu me preocupo assim, sabe, a gente pode agregar mais, num modelo não psicologia, aquela coisa já da psicologia ou de outras áreas, entendeu? Eu acho assim que esse olhar diferente olhar das enfermeiras que eu vejo o cuidado que elas tem, esse é um cuidado, é que não é o cuidado que eu tenho, meu olhar de cuidado. A gente pode até, de certa maneira olhar um fato e concordar, mas nem sempre sabe. Eu acho que tem os olhares diferentes e é bom trabalhar com esses olhares diferentes porque a pessoa não tá engessada só, né, na, no modelo ou outro, numa forma de pensar, de uma profissional que tem todo um conceito acadêmico na área dela [...]”

“[...] a multi assim, eu entendo que é uma equipe com profissionais com várias formações [...]”

“[...] atuando na sua área [...]”

“[...] só que cada um trabalhando na sua salinha. Ah! Eu estou com um problema, uma questão de relacionamento, terminou um relacionamento, tá sofrendo, então você precisa conversar, encaminha pra um psicólogo, ou então uma questão social, um benefício pra receber, vou encaminhar, né, ah! Um curativo, machucou o pé, a enfermeira vai lá tira pressão, encaminha pra enfermeira ela vai lá e resolve. Essa é a equipe multi. A equipe inter, é quando os profissionais atuam interagindo, né? No mesmo espaço, aprendendo juntos uns com os outros [...]”

“[...] assim, as experiências que eu tive assim, eu trabalhei num PSF e tinha um fisioterapeuta que ia uma vez na semana, subia a comunidade comigo e a gente fazia um grupo lá de ginástica laboral, uma coisa assim e tinham pessoas que há mais de dez anos não saiam de dentro do barraco assim, né e como as pessoas, começou sair, começou a interagir, começou até diminuir o uso mesmo de antidepressivo, né, que começou a tomar sol, começou a fazer exercício, começou a conversar, né. O que que aquele exercício na sexta-feira de manhã representava pra população, a interação com essa população, com os profissionais de saúde fora de uma unidade de saúde, dentro da sua comunidade, né? O que aquilo representava pra essa população, e eu trouxe isso comigo, né? Eu não aprendi na minha faculdade... mas quando eu comecei a trabalhar no CAPS PRAIA eu chamava o grupo de consciência corporal, não podia fazer nada muito além, né? Porque eu entendia que eu não era um profissional educador físico e muito menos um fisioterapeuta, mas sabia o que que eu, até onde eu podia ir com aquela galera, gente é muito legal [...]”

“[...] e aí eu cheguei aqui e quem fazia esse grupo era a L., que é terapeuta ocupacional, é e tem capacitação técnica pra isso, né? Mas, aí agora várias pessoas da equipe que não necessariamente são TO, ou então educadores físicos, enfim praticam essa atividade, né? Assim, aprendeu, né, aprendeu um com o outro [...]”

Nota: CAPS PRAIA = Centro de Atenção Psicossocial Praia; PSF = Programa Saúde da Família; TO = terapeuta ocupacional.

Quadro 18 - Todo mundo faz tudo? (continua na próxima página)

“[...] trabalhar com um profissional psicólogo, me fez aprender que eu não tenho que dar uma resposta o tempo inteiro, que só o fato de eu sentar e ouvir com respeito à pessoa, né, já, ela já vai respondendo, como a M. falou, ela já vai respondendo, ela vai falando e já vai achando a solução, né, já vai organizando o pensamento dela, então eu aprendi isso [...]”

“[...] quando eu entrei na saúde mental, eu não tinha essa experiência com o sofrimento psíquico em si, é. Pra mim foi muito difícil fazer uma triagem, foi muito difícil fazer uma triagem porque as pessoas vinham com a demanda, e, e agora, né? Tenho que resolver isso aqui, sabe, mas fui aprendendo. Então assim, eu me entendo como um profissional em formação o resto da vida, né e eu acho que o que é rico no trabalho interprofissional é isso porque você se torna cada vez mais um profissional inteiro. Não que você vai dar conta de tudo, jamais vou saber o que ela estudou nos quatro anos de faculdade dela ou procuro me aprofundar. Não, eu sei as questões técnicas assim da minha profissão e aí isso outro colega, a gente vai lá e tira uma dúvida rapidinho ou então é o caso de falar não conversa você com ele, porque eu acho que vai ajudar mais do que, né [...]”

“[...] na educação, é, muitos saberes se conversam, eu vou trabalhar com professor de artes um determinado assunto, entendeu? Um determinado foco. A mesma coisa, por exemplo, eu vou fazer algum combinado alguma coisa com psicólogo, com um determinado paciente e que tá aí. Essa, essa coisa de troca de saberes, mas também de fazer alguma coisa junto, que tem a ver com algum, alguma problematização, questão específica daquele usuário [...]”

“[...] vou dar um exemplo, a M. tem o J. assim, mais ou menos assim, a gente saber conversar junto e saber o que ele topa o que não topa. A M. sabe que eu gosto de ler, então o J., o C., foi pedir pro J. ler Espinosa, aí ele me pediu pra achar o Espinosa na mídia. Não tem Ética no mp3, aí eu me propus e a M. veio falar comigo, eu me propus a ler pro J. toda segunda-feira. A gente tem um acordo, né, é um paciente dela, a gente assim não sabia trabalhar juntos, dividir saberes também [...]”

“[...] posso ter um paciente e ela é enfermeira, eu não sei fazer alguma coisa de enfermagem, mas a gente pode trabalhar juntos com o meu paciente, posso falar, a P. sabe, paciente é um caso pra você, a gente pode trocar, sabe você vai me fazer alguma coisa pra ele, sabe uma troca de conhecimento mesmo. A gente trabalha no caso, não é assim, absorver, não é absorver o conhecimento do outro, mas dividir práticas de saberes, vamos trabalhar numa ação em conjunto. Você sabe fazer isso e eu sei fazer isso, nós dois, cada um vai fazer a sua parte, aí gera o todo, é mais ou menos assim sabe, gera um todo. É um trabalho coletivo como eu disse assim e aí cada um tem que se ajeitar, ‘ah é dela, ela que dá conta, ela que dê pra ele, ela que faça tudo pra ele’ [...]”

Quadro 19 - Todo mundo faz tudo? (continuação)

“[...] eu também trabalhei na atenção básica com diabéticos e hipertensos. A gente tinha uma estrutura que trabalhavam o farmacêutico, o educador físico, a nutricionista, eu aprendi muito com eles. Mas aí é uma situação diferente, se eu começar atender um paciente aqui junto com a psicóloga, com a TO, obviamente que eu vou começar também a aprender um pouco, mas é o que acontece? Não é? Eu também, igual você colocou um exemplo, que foi num outro lugar, essa tua vivência, ela também colocou um exemplo que foi em outro lugar, se acontecer, com certeza, com certeza, se eu começar a atender um paciente junto, com outros profissionais, eu vou começar a absorver conhecimento, mas aí é a forma, é a forma [...]”

“[...] e também ver que o outro profissional tem possibilidades de agregar sabe, tipo assim, de agregar alguma coisa dele, pra aquele caso [...]”

“[...] eu acho que tiveram vários exemplos que foram daqui, na verdade, vários casos que ambas, que as duas falaram que foram daqui, acho que citaram histórias, da leitura, do paciente [...]”

“[...] ela falou de outro lugar, falou da escola [...]”

“[...] inclusive a gente atende muitas pessoas em conjunto, assim né? [...]”

“[...] eu acho que a gente se agrega aqui sim, eu acho [...]”

“[...] sim, por exemplo, dificuldade de alguns pacientes assim pra compartilhar já quis fazer alfabetização com o paciente, usuários que não eram meu, era de outro, acompanhar antes, entendeu, outro técnico, que eu quis ajudá-lo, e outros e outros e outros, acho que o trabalho é assim, né? Você dividir com o outro, sempre compartilhando [...]”

Nota: TO = terapeuta ocupacional.

4.1.1.4 Eixo autonomia e direitos

Neste eixo abarcamos as concepções dos trabalhadores em relação à autonomia e direitos. Como aparecem no dia a dia da equipe? Exploramos quais são os principais problemas, se têm práticas que respondem a isso e como fazem. E ainda, como entendem a relação entre saúde mental, drogas e direitos humanos? Como esta questão aparece no dia a dia do trabalho? O que conhecem sobre o direito dos usuários? Trechos dos relatos a respeito dessa tema estão apresentados no Quadro 6.

Quadro 20 - Autonomia e direitos (continua na próxima página)**Autonomia e direitos**

“[...] eu tento fazer isso o máximo que eu posso, eu tento, no grupo que eu faço que é de educação em saúde, né A.? (risos) Eu tava esperando ela falar, a gente oferta um conhecimento, né assim, tenta explicar questões que eles trazem, do tema eles trazem, né? Muito variado, tem hora que é a pressão arterial, tem hora que é, sei lá, intoxicação [...]”

“[...] eles trazem um tema e assim a gente tenta mobilizar que eles percebam a importância do auto cuidado, né? De não transferir a responsabilidade do cuidado com seu corpo com sua saúde, pra não terceirizar isso, né? Pro profissional, pelo menos eu tento, não sei se eu consigo atingir meu objetivo, né, dentro do grupo, agora pensando em prover a autonomia do indivíduo na questão da nossa equipe assim. [...]”

“[...] a questão da autonomia dos usuários, então do início, então essa pessoa vem buscar esse serviço de forma autônoma, voluntária, então acho que a partir disso a gente já tá lidando com estas questões. A gente não está obrigando ou trazendo ninguém à força pra vir se tratar aqui, então a pessoa teve essa vontade, esse interesse e veio buscar o serviço, do acolhimento inicial a própria construção do PTS [...]”

“[...] muitas vezes a gente se pega prescrevendo um PTS, mas a gente tenta construir com essa pessoa um PTS, então de acordo com os desejos, com as vontades, os interesses dela e pra que ela possa trabalhar a autonomia dela. Então acredito que a gente tem que se controlar um pouco, tudo, mas a gente consegue fazer isso [...]” “[...] no caso de um dos grupos, então a escolha deles pra temas dos grupos, coisas assim, eu acho que não são em todos mesmo, mas acontecem em algumas oficinas e alguns grupos, eu acho que a assembléia, é um momento que a gente tem, é, uma troca muito interessante, que a gente vivenciou isso no ano passado, onde eles fizeram escolhas e que a gente, a gente é, entendeu essas escolhas como realmente a vontades deles e tentamos seguir esses combinados, fizemos por um tempo estes combinados até repensar mensalmente como que foi [...]”

“[...] eu acho que foi um momento que a gente tenta na assembléia deixar eles tomarem decisões e trabalharem um pouquinho essa autonomia de decidir o que fazer, é. Acho que também tem muitas falhas que também a gente, eles gostariam de fazer muitas outras coisas que a gente também tem um limite e fala que não e tenta fazer um combinado, um acordo. Assim, mas eu vejo em algumas questões, é dessa democracia mesmo na assembléia, nessas escolhas de temas de algumas oficinas, na própria construção de seu projeto terapêutico, isso eu vejo que eles têm autonomia sim, que não é total mesmo, que a gente como profissional acaba limitando, guiando, não sei a palavra correta, a gente pensa que tá guiando, né? mas... [...]”

“[...] direcionando, ajudando a refletir [...]”

Nota: PTS = Plano Terapêutico Singular.

Quadro 21 - Autonomia e direitos (continua na próxima página)

“[...] eu acho que a gente produz muito pouca autonomia, acho que é isso. A gente não limita a autonomia que já existe, acho que a gente produz muito pouco autonomia. Acho que institucionalmente, não é a gente, nosso desejo era que essas pessoas fossem mais autônomas, mas a gente trabalha com pessoas extremamente limitadas e de repertório limitado e infelizmente é isso, é feio, mas é isso, com baixa escolaridade, pessoas com dificuldade muito grande assim, de uma leitura, de acessar determinadas mídias, de, a grande maioria do nosso público mais presente sinto que tá mais aqui e tem a galera do ambulatório que é uma galera mais livre até pra fazer escolhas que a gente nunca vai nem estar perto pra saber se estão certas ou erradas [...]”

“[...] que já não seguiram o projeto terapêutico no primeiro momento (risos) [...]”

“[...] entendeu, que já cagaram pra nós, isso deles que se dane vocês e seu projeto terapêutico. Eu já acho que é um sinal de autonomia assim, de que é isso, o itinerário do cuidado é da pessoa. E aí eu sempre falo isso quando eu faço triagem, quando eu viro referência de alguém, assim ‘olha, o itinerário é seu, a caminhada é sua e eu estou aqui se você precisar de apoio, mas é seu, você vai caminhar, se você escolher caminhar longe, vai caminhar longe, se você escolher que precisa de um apoio, de um score, chega junto que a gente vai estar aqui’. Acho que já é um sinal de escolha, a gente poderia obrigar estas pessoas a estar num determinado espaço, determinado momento, de três por quarto, lalala [...]”

“[...] as pessoas que realmente tem uma limitação muito grande, que são as pessoas que estão mais graves que estão mais com a gente no cotidiano. A gente consegue ampliar muito pouco as possibilidades de escolha, os lugares que vai, é isso, né? A pessoa não sabe sobre a medicação, aí ela toma de um jeito qualquer e a gente marca o médico pra, na expectativa que esse médico dê uma orientação que ele não vai dar, que no fundo a gente sabe que ele não vai dar, aí ele não dá e a pessoa volta. E a gente também não sabe direito como orientar, aí volta pro médico aí. É esse ciclo sem fim, assim, muitas pessoas se perdem nesse caminho, muitas pessoas fazem uso de outras formas, do serviço inclusive, não só da medicação, assim né [...]”

“[...] acho que assim, solução de problemas, da pessoa resgatar a autonomia dela, a gente também tem limite, né? Limite pessoal, limite profissional, limite institucional. Mas acho que, que nem você falou agora da questão de ir no médico, a gente fala pra ir no médico, tal, mas assim a pessoa não divide com o médico do jeito que divide com a gente. Eu tô lembrando de uma coisa assim bobinha, não sei se é tão bobinha assim, na verdade, um paciente que eu acompanho, eu atendo ele individualmente, eu sou referência dele, individualmente ele veio falar da questão que ele tava perdendo a libido com a medicação, eu falei ‘você falou isso com o seu médico?’, ‘ah, não, sabe como é que é ele não escuta’, ‘como assim ele não escuta? Ele está ali pra isso’, ‘mas quando eu começo a falar ele fala que médico é ele’, ‘mas quem tomou o remédio?’ [...]”

Quadro 22 - Autonomia e direitos (continua na próxima página)

“[...] quem tá perdendo a libido? [...]”

“[...] quem é que tá sofrendo com isso? Que sem o remédio fica muito ruim e se põe o remédio também fica, né? É ajudar nessa, nessa negociação assim, ajudar a ele entender que ele pode falar. E aí ele queria que eu falasse com o médico, não vou fazer isso, queria que eu mudasse o médico, olha, também não é, não vou fazer, né, vamos ver o que é possível. ‘Tenta, você vai tentar conversar com ele essa questão e aí se não tiver uma resolutividade boa pra você, você volta e a gente conversa pra ver o que que eu consigo, mas você vai tentar’ e aí ele foi, conversou. Sim, se surpreendeu, porque aí o médico nossa deu mó aula do remédio pra ele, lógico que não entendeu foi nada, mas falou, falou, falou, mudou o remédio, né ‘ué, pá, esse aqui faz isso, isso e aquilo outro, não sei o que lá,’ e daí no dia seguinte mó fila pedindo dois, três usuários pra saber qual o remédio que deixa brocha [...]”

“[...] eu sabia qual era o remédio que tava mexendo ali, entendeu? E eu, e aí assim é uma forma de promover autonomia, de ajudar eles a resgatar, né? [...]”

“[...] Tem algo muito instituído, essa visão da autonomia na questão da medicação que eles não têm daí isso fica centrado só no médico e tem essa coisa de não, não contrariar, às vezes no plantão, sem vínculo de referência, eles saem da consulta e vem reclamar do remédio aqui na frente, é isso instantaneamente após a consulta e, e, eu acho também que ao mesmo tempo que, as duas coisas que eu vou falar e são prejudiciais e negativas, mas ao mesmo tempo que uma é claramente ruim, a outra os deixa numa zona de conforto, porque aí o responsável por tudo aquilo que ta acontecendo com ele vira o médico que prescreveu e o responsável por mudar imediatamente na hora que tem um efeito colateral é o médico, pra suprir tudo que envolve a questão do remédio é só o médico e a pessoa fica bem passiva, né? o paciente fica bem passivo[...].”

“[...] eu falei que direito é pra todos, deveria existir o direito é humano, humano pra todos, mas nem sempre, nem sempre acontece [...]”

“[...] tem humanos que tem os seus direitos mais... tem humanos que são trancados em manicômio... e precisou mais de direitos humanos para eles [...]”

“[...] eu me lembro de no, direito e cidadania, que eu participo com a L., que ela não está aqui. Então, quando a gente começa a falar sobre isso, aí é uma questão assim, ah!! E a gente fala, a defensoria pública veio pra isso entendeu? Se você se sente de algum jeito, é, que algum direito seu foi ferido você pode chegar lá, você pode reclamar seja de saúde, seja, quando você começa a falar sobre isso, aquela coisa, ah! Mas aí depois vem a repressão, sabe tipo assim, se eu for ligar na ouvidoria e denunciar um policial ou um cara que me maltratou na rua, aí vem a repressão. Eles entendem que o direito, ele existe, mas não pra eles, não alcança e quando a gente começa a trabalhar com essas questões é nítido que a gente não entende [...]”

Quadro 23 - Autonomia e direitos (continuação)

“[...] eu acho que o CAPS tem essa ligação muito estreita com a militância, os direitos, por conta da Reforma, por conta, né? E também tá atuando nessa área da militância e também trazer os direitos humanos pra dentro do CAPS assim, as informações sobre direitos humanos e trabalhar com estas questões com eles aqui, é de fundamental importância. Assim, não pode estar apartado do equipamento, é uma coisa que tem que tá bem presente aqui [...]”

“[...] que direitos são esses?... direitos, então é isso que eu ia falar, um básico que é direitos sociais que tá no capítulo 6, a gente pode trabalhar nele, que é direito à moradia, direito a lazer, à saúde, educação, segurança, todos os direitos que cabe os direitos sociais [...]”

“[...] e aí você pode trabalhar com eles como eu tava falando na última vez que a gente tava falando sobre moradia, semana passada, quarta-feira. Aí eu falei pra eles, moradia vocês acham que é um direito de todos? Aí, alguns falou ‘ah! É um direito, mas pra ter essa moradia eu preciso começar a trabalhar, me ajeitar na vida, estudar’, sabe aqueles discursos já pronto? Aí eu falei assim ‘não, você pode ter esse direito, da forma que você está [...]’”

“[...] trabalhei com eles o tempo todo, tem que entrar no movimento popular mesmo, tem que se engajar, é assim que a gente conquista as coisas, direito não é dado, direito é conquistado, existe claro assim, todo direito que tá ali foi conquistado num determinado momento histórico, não veio dado, não veio de graça e é óbvio que a gente tem que fazer valer, né? Que nada é dado, se existe, é por que alguém lutou, porque alguém derramou sangue, porque sabe, teve tortura pra se conseguir. Existe hoje, mas em determinado momento histórico não existia, então é importante isso, saber, que eu não preciso ir pra faculdade pra ter esse direito, eu não preciso ganhar cinco mil reais, eu preciso viver bem com aquilo que tá lá, que tá na Constituição. Ele que falou que eu tenho direito e que o salário mínimo tem que prover tudo aquilo, inclusive o lazer, aí você fala tem tudo isso se a gente for ver, porque o governo não é estúpido, né? [...]”

“[...] tem muita coisa, tudo isso que tem de cultura e de esporte que é das Secretarias tem a ver com este artigo, o artigo sexto, a saúde, o SUS, tem a ver com o artigo sexto, com o direito à saúde, segurança pública, tem a ver com o artigo sexto, o artigo que está na lei. A gente espera que a situação do sujeito que ele consiga o mínimo de direitos lá fora a gente tem que trabalhar com os direitos aqui no CAPS, afinal de contas, é de suma importância [...]”

“[...] é pensando nisso, assim com olhar da Saúde Mental, o direito que foi conquistado é o cuidado em liberdade [...]”

“[...] e associando isso a medicação, é o direito que o paciente tem em conhecer o que ele está tomando, né? [...]”

Nota: CAPS = Centro de Atenção Psicossocial; SUS = Sistema Único de Saúde.

4.1.1.5 Eixo medicamentos psiquiátricos e outras drogas

Este eixo não havia sido previsto na elaboração do roteiro disparador do grupo focal, mas entendemos a necessidade do destaque pois na discussão do grupo, emergiram questionamentos a respeito da liberação, regulamentação e descriminalização das drogas; sobre o uso da droga como remédio e; sobre não haver remédio específico para tratar o uso/abuso de drogas. Relatos a respeito desse eixo estão apresentados no Quadro 7, “O papel da droga na sociedade e seus desdobramentos”.

Quadro 24 - O papel da droga na sociedade e seus desdobramentos (continua na próxima página)

O papel da droga na sociedade e seus desdobramentos

“[...] eu penso assim, que o álcool apesar de trazer consequências mais graves, assim tem uma questão meio social, todo mundo bebe, todo mundo tá por aí, na praia, etc e tal. Mas acho que tem uma lista muito de rejeição social e aqui do lado marginal, marginalizado por conta das substâncias que são ilegais [...]”

“[...] a droga vem a calhar na sociedade onde a gente vive, as pessoas usavam cocaína um século atrás pra trabalhar, e trabalhavam muito mais e era muito bom e as pessoas compravam ela numa boa. E aí em determinado momento as pessoas começaram a se rebelar e isso começou a ser um problema, só que um problema em partes, porque é bom você ter as pessoas inúteis entre aspas, assim que as pessoas bostas, que essas pessoas sempre lembram a gente que tá aqui, que a gente pode chegar ali sabe, elas mantêm a gente nesse lugar também, não sei... A sociedade sem uso de drogas não estaria estruturada como ela está, a droga é importante e um pouco perversa e o não conhecimento que a gente vai construindo também, também tem lugares. Que a gente tá aqui trabalhando num CAPS AD e pouco a gente fala de fato das substâncias do que elas fazem, quais são suas ações, quais são suas potencialidades, seus efeitos, seus tempos. As drogas, as substâncias que podem ser curativas, que podem ter efeitos, principalmente as psicoativas, elas tem um poder associado que é muito difícil de desmistificar e acessar também assim, existe uma fantasia social de que isso é um conhecimento que só cabe a uma parte muito específica das pessoas [...]”

Nota: CAPS AD = Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

Quadro 25 - O papel da droga na sociedade e seus desdobramentos (continua na próxima página)

“[...] tá sendo usada como remédio, mas, por exemplo, tem remédios que eu posso usar e me trazer mais danos do que, tanto é que vem aquela lista de efeitos colaterais vai. Alguns remédios, por exemplo, vai, eu vou num churrasco num fim de semana quero estar relaxada e tomo uma cerveja e fico bem, tudo bem, vamos dizer que aquilo foi uma droga foi um remédio que eu tomei pra ficar bem e fiquei. Vamos supor que eu vô tomo a mesma bebida e não consigo perco controle naquilo, e aí eu brigo com a minha família e aí eu crio uma situação, então é uma droga com efeitos colaterais que não me fazem bem. Precisa reavaliar isso, precisa ver em que dose, se eu sou, se é uma coisa adequada pra mim, porque senão, em vez de, o que foi por um momento aliviou o sofrimento, depois traz outros sofrimentos [...]”

“[...] outra coisa os medicamentos que tem aqui, o único que é específico pra droga é a Naltrexona, os outros são antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos. Quer dizer não é remédio pra droga, é remédio pra tratar o cara que tá com depressão, o cara que tá com alguma psicose, então é alguma doença que o cara já tem, ou até mesmo antes de usar a droga ou que a droga potencializa nele. Não é o uso, remédio pro uso da droga, é o remédio pro uso que a droga, a doença, outras doença que a droga acomete nele. Não tem um remédio específico pro uso de drogas, é ansiolítico, antidepressivo, antipsicótico, que mais, é pra é...? [...]”

“[...] pode ser um remédio que o cara acha que ‘tá, é um remédio então vou tomar a vida inteira porque me faz bem’, então tem que reavaliar até isso, o cara não consegue trabalhar, interiorizar e realmente perguntar, ‘ops, porque toda vez que eu tô assim eu vou lá e uso mais crack?’ sei lá, ‘ops quando eu tô assim eu vou lá e uso mais álcool?’, sei lá. Não se tem, ele não se permite esse trabalho de entrar na vida dele [...]”

“[...] e aí eu começo a divagar assim, né, pensar que a galera mistura droga com tudo quanto é coisa pra render, pra usar mais, pra vender, pra virar dinheiro, não sei o que. Acho muito complicado a gente lidar com o que a gente não sabe que é, não sabe o que eles estão cheirando na real, se é pó de granito, se é fermento Royal, se é farinha de trigo, eles não sabem, nem eles sabem e aí eu acho isso muito complicado... a gente deveria falar mais sobre o uso em si, onde eles devem usar [...]”

“[...] mas, pra ter isso primeiro tinha que ser liberado o uso da droga, pra ter tudo isso, teria que liberar o uso da droga pra depois existir essa possibilidade [...]”

“[...] eu acho que deveria liberar o uso pra gente poder regulamentar [...]”

“[...] eu sou a favor, eu concordo com a questão, de discutir, de se falar abertamente, de saber o que que se vai fazer, os prós e contras, eu também uso minhas drogas como todo mundo na sociedade, né? Só que, eu acho assim, que a descriminalização, só chegar lá e assinar um documento e falar ‘pronto, agora, pode tá liberado’, eu não acho que vai dar certo porque não tem uma estrutura montada pra receber isso, né? Pode ser que um dia, a resposta seja descriminalizar, mas eu acho que tem que entrar num processo, tem que caminhar pra isso. Então tem que pelo menos ter abertura pra começar falar, pra questionar, pra perguntar, pra conhecer, agora liberar do jeito que as coisas são, acho que vai aumentar o sofrimento [...]”

Quadro 26 - O papel da droga na sociedade e seus desdobramentos (continuação)

“[...] eu acho que não mudaria essa questão, não. Porque, por exemplo, o cigarro é regulamentado, e aí o pessoal fuma esse cigarro do Paraguai [...]”

“[...] mas diminuiu muito, o uso do cigarro diminuiu muito, eu acho que em função da campanha que se fez..., se falou muito, se restringiu as áreas de uso, ninguém é proibido de fumar, só que tem alguns critérios [...]”

“[...] mas quem fumaria baixa renda, fuma esses que chamam de baixa renda que é dois reais o maço e você não sabe nem o que tem ali, né? [...]”

“[...] vai ser isso, vai regulamentar pra classe A [...]”

4.2 Grupo GAM

No segundo semestre de 2018 foi inaugurado um processo de sensibilização para o início do grupo da GAM no CAPS AD. O processo consistiu em dois encontros com os trabalhadores do serviço, sendo um deles com a presença da professora Luciana Surjus da UNIFESP-BS, coordenadora do processo formativo em GAM realizado em 2017; e o outro, com a presença apenas da pesquisadora. A proposta destes encontros consistiu na apresentação da história e metodologia da GAM com o objetivo de difundir o conhecimento para além dos profissionais que haviam participado da formação.

Ainda abrangendo este processo de sensibilização, participei de uma parada técnica do CAPS AD com a finalidade de pactuar com a chefia da seção e trabalhadores o dia da semana, frequência, trabalhadores participantes (preferência pra quem fez a formação) e horário que o grupo seria realizado, para que garantisse a inclusão do grupo na agenda institucional do serviço. A princípio, os encontros do grupo seria quinzenais para contemplar os profissionais que desejavam participar, porém foi desafiador contemplar as agendas dos diferentes interessados. Assim, nos balizamos pela preocupação de não haver mais profissionais do que usuários no grupo. Após uma prolongada discussão avaliamos, que para implementar um novo grupo, seria importante que a frequência dos encontros fosse semanal para demarcar espaço e horário, até que todos (usuários, trabalhadores e gestão) se habituassem com o grupo na rotina do serviço.

Propiciamos ainda alguns momentos na ambiência do CAPS AD, foram confeccionados e espalhados pelo serviço, com cartazes com dizeres do Guia GAM-BR e convite, contendo data de início do grupo, com intuito de explicar e divulgar sobre a GAM e sobre o início do grupo. Vale dizer que os trabalhadores do serviço reforçavam para os usuários sobre a nova metodologia que seria implantada.

Neste momento da coleta de dados eu estava no apoio técnico da Coordenação de Saúde Mental. No entanto ganhei a oportunidade de conduzir integralmente o grupo GAM conjuntamente com a médica psiquiatra, o farmacêutico (ambos trabalhadores do CAPS AD) e a graduanda de Terapia Ocupacional e aluna da Iniciação científica da UNIFESP-BS. Os encontros do grupo GAM tiveram início no dia 19 de fevereiro de 2019, findados no dia sete de janeiro de 2020. Durante este, período foram totalizados 42 encontros semanais, com duração média de uma hora e meia cada. Participaram do grupo 41 usuários, destes, 39 eram atendidos do CAPS AD e duas pessoas eram da comunidade.

Para melhor caracterização do perfil dos participantes do grupo GAM, realizamos um levantamento de 39 prontuários dos usuários do CAPS AD, identificando as variáveis: raça/cor, gênero, idade, escolaridade, tempo de tratamento, ofertas do serviço, droga de abuso e medicamentos utilizados. Os achados foram sistematizados por meio de um formulário Google, orientado por perguntas formuladas a partir da experiência com o grupo GAM.

A caracterização dos usuários do grupo GAM estão apresentada nas tabelas a seguir. Os dados estão apresentados segundo aspectos sociodemográficos e relacionados ao tratamento. Na Tabela 1 está apresentada a caracterização do grupo GAM em função do gênero dos participantes e frequência. A Tabela 2 apresenta a distribuição dos participantes segundo a faixa etária; a Tabela 3 segundo escolaridade; e a Tabela 4 segundo raça/cor. Na Tabela 5 estão apresentadas frequências e porcentagens a dos participantes em situação de rua.

Tabela 1 - Caracterização do grupo GAM em função do gênero dos participantes e frequência

Total Encontros	Total Participantes	Masculino	Feminino	Frequência > 5 vezes	Frequência > 10 vezes
42	41	37	4	12	5

Fonte: dados levantados a partir dos registros em diário de campo do grupo GAM – CAPS AD.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes segundo a faixa etária

Idade	Frequência	Porcentagem
20-30	1	2,6
31-40	11	25,6
41-50	12	30,7
51-60	13	33,3
61-70	3	7,7

Fonte: dados levantados a partir dos prontuários dos usuários do grupo GAM – CAPS AD.

Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo a escolaridade

Escolaridade	Frequência	Porcentagem
Ensino fundamental I incompleto	0	0
Ensino fundamental I completo	1	2,6
Ensino fundamental II incompleto	12	30,7
Ensino fundamental II completo	7	17,9
Ensino médio incompleto	2	5,1
Ensino médio completo	15	38,4
Superior incompleto	0	0
Superior completo	2	5,1

Fonte: dados obtidos a partir do levantamento dos prontuários dos usuários do grupo GAM – CAPS AD.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo raça/cor

Raça/cor	Frequência	Porcentagem
Branca	20	51,3
Parda	13	33,3
Preta	5	12,8
Amarela	1	2,6

Fonte: dados obtidos a partir do levantamento dos prontuários dos usuários do grupo GAM – CAPS AD.

Tabela 5 - Distribuição de participantes em situação de rua

Situação de rua	Frequência	Porcentagem
Sim	29	74,4
Não	10	25,6

Fonte: dados obtidos a partir do levantamento dos prontuários dos usuários do grupo GAM – CAPS AD.

A Tabela 6 apresenta dados da distribuição dos participantes segundo o tempo de tratamento no CAPS AD, em anos. Na Tabela 7 estão dados a respeito da frequência a tratamentos pelos participantes, disponibilizados no serviço. Por fim, na Tabela 8 está apresentada a distribuição dos participantes que foram encaminhados pelo CAPS AD para a CT.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes segundo o tempo de tratamento no CAPS AD

Tempo/anos	Frequência	Porcentagem
6 meses a 1 ano	0	0
1 a 3	5	12,8
3 a 5	3	7,7
5 a 7	7	17,9
7 a 10	4	10,2
10 a 13	11	28,2
13 a 16	9	23

Fonte: dados obtidos a partir do levantamento dos prontuários dos usuários do grupo GAM – CAPS AD.

Tabela 7 - Distribuição dos participantes segundo as ofertas de cuidado que estão inseridas no CAPS AD

Ofertas de cuidado	Frequência	Porcentagem
Atendimento médico com prescrição de medicamentos	37	95
Atendimento de referência	31	79,4
Grupos terapêuticos	31	79,4
Oficinas	17	43,6

Fonte: dados obtidos a partir do levantamento dos prontuários dos usuários do grupo GAM – CAPS AD.

Tabela 8 - Distribuição dos participantes que foram encaminhados pelo CAPS AD para a Comunidade Terapêutica

Comunidade Terapêutica	Frequência	Porcentagem
Sim	20	51,3
Não	19	48,7

Fonte: dados obtidos a partir do levantamento dos prontuários dos usuários do grupo GAM – CAPS AD.

As informações apresentadas nas tabelas a respeito da caracterização dos usuários do CAPS AD, participantes do grupo GAM, serão utilizadas como subsídios e resgatadas para compor a discussão. Utilizamos apenas as informações mais relevantes que nos ajudaram a responder os objetivos propostos. As demais informações servirão como caracterização da

demanda e possível aplicação em demais pesquisas. A seguir, apresentaremos a composição dos moderadores¹⁵ do grupo GAM, a ferramenta metodológica utilizada (Guia GAM-BR), os temas trabalhados e o tempo decorrido em cada tema.

O grupo GAM foi facilitado por quatro moderadores, sendo eles um médico, dois farmacêuticos e um terapeuta ocupacional. Utilizou-se o Guia GAM-BR como ferramenta metodológica para balizar o caminho do grupo. Seguindo a definição grupal em Onocko-Campos et al. (2014) foi preciso, em alguns momentos críticos, deixar de lado o guia e dar vazão a um processo de escuta que contemplasse as angústias vividas pelo usuários. Um desses momentos, por exemplo, foi em razão do fechamento da ambiência do CAPS AD.

Este documento não é um “manual para GAM”. Pelo contrário: são pistas, sugestões, dicas e orientações a partir da experiência vivida, que podem ajudar você a, considerando o contexto local, criar seu próprio caminho – flexível, adaptável, e partindo sempre do diálogo com os participantes do grupo [...] o que importa, afinal, para avançar e aprofundar a GAM, é incorporar e viver na prática os princípios e valores que orientam a Gestão Autônoma da Medicação (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014, p. 9).

Destacamos que, ao longo do processo do grupo alguns temas propostos como, por exemplo, “Observando a si mesmo” (2º passo) e “Ampliando sua autonomia” (3º passo), demandaram maior número de encontros. Considera-se como fator importante para este número de encontros ampliado não só os temas propostos, que no campo álcool e drogas são temas críticos, mas o contexto vivenciado pelos usuários no CAPS AD neste período, que trataremos adiante, na discussão. No Quadro 8 estão sistematizadas algumas características do grupo GAM, em função dos tempos e temas vivenciados através dos passos propostos pelo Guia GAM-BR.

¹⁵ “Os moderadores do grupo GAM têm como função acompanhar um processo que inclui a leitura do guia, os diálogos, as discussões e reflexões entre os participantes, ao longo dos encontros do grupo..., cabe apoiar o grupo na produção de autonomia e na gestão compartilhada (cogestão), não somente quanto ao uso de medicamentos, mas com o projeto terapêutico singular” (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014, p.11).

Quadro 27 - Caracterização do grupo GAM em função do tempo decorrido e temas nos passos do Guia GAM-BR

Passos Guia GAM-BR	Número de encontros	Temas
1º passo: conhecendo um pouco sobre você	5 (19/02 a 26/03)	- combinados - dinâmicas de apresentação - partilhas - participação com o grupo na sessão da câmara sobre a NT N°11/2019 (BRASIL, 2019a)
3º passo: ampliando a sua autonomia	10 (13/08 a 17/09)	- Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde - laudos e atestados - medicamento x direito - relação afetiva com as substâncias (memória positiva)
4º passo: conversando sobre os medicamentos psiquiátricos	10 (24/09 a 03/12)	- participação assembléia CAPS AD – reivindicações de melhoria para o equipamento - discussão sobre reivindicar direitos no tratamento medicamentoso - discussão antidepressivos, potencial de abuso/overdose e suicídio - participação Sessão Solene Câmara – 30 anos de Redução de Danos
5º passo: por onde andamos...	2 (10/12 e 17/12)	- revisão dos passos anteriores - discussão efeitos, indicações, tempos dos medicamentos - desejos de parar de usar os medicamentos
6º passo: planejando nossas ações	1 (07/01/20)	- planejamento de ações - solicitação dos usuários para reformulação e implementação de novos grupos GAM no CAPS AD

Fonte: Dados produzidos no grupo GAM – CAPS AD, entre 2019 e 2020.

4.2.1 *Diário de campo*

Catar feijão se limita com escrever: joga-se os grãos na água do alguidar e as palavras na folha de papel; e depois, joga-se fora o que boiar. Certo, toda palavra boiará no papel, água congelada, por chumbo seu verbo: pois para catar esse feijão, soprar nele, e jogar fora o leve e oco, palha e eco. Ora, nesse catar feijão entra um risco: o de que entre os grãos pesados entre um grão qualquer, pedra ou indigesto, um grão imastigável, de quebrar dente. Certo não, quando ao catar palavras: a pedra dá à frase seu grão mais vivo: obstrui a leitura fluviante, flutual, açula a atenção, isca-a como o risco (MELO NETO, 2002, p. 23).

As linhas iniciais do diário de campo ocorreram em consonância com o dia que foi realizado o grupo focal, em 10 de janeiro de 2019. Os registros do grupo GAM foram feitos semanalmente e, a cada encontro, anotada a presença dos participantes, as percepções do dia, as falas marcantes de usuários e moderadores, o registro dos tempos, das leituras, assim como o registro dos desafios, das potencialidades e das peculiaridades do campo álcool e outras drogas. Utilizamos ainda o diário de campo para registrar os acordos coletivos construídos pelo grupo, que foram se modificando ao longo do processo, tendo esses registros nos ajudado a revisita-los.

4.2.2 Núcleos argumentais – grupo GAM

Após o término do grupo GAM foi recolhido o material produzido no diário de campo e no Guia GAM-BR (anotações da pesquisadora). Este material foi organizado e sistematizado de forma a facilitar a identificação dos principais núcleos argumentais. Utilizamos como parâmetro para a identificação desses núcleos, os temas que mais se sobressaíram nas discussões dos passos do Guia GAM-BR.

Em seguida, os núcleos argumentais foram agrupados por eixos temáticos, a saber: CT; o sofrimento do usuário de drogas; territórios vividos: redes formais e informais; autonomia e direitos e; medicamentos e outras drogas. Alguns trechos de falas dos usuários foram apresentados em dois eixos, pois abarcavam ambos os temas. Na descrição dos núcleos argumentais nos quadros a seguir optou-se por diferenciar os relatos apresentados da pesquisadora em itálico para diferenciar dos relatos dos usuários e alguns, em negrito apenas por finalidade estética.

4.2.2.1 Eixo comunidade terapêutica

Neste eixo reunimos as falas dos usuários, que se referem ao modelo de tratamento da CT, seus usos e desdobramentos na vida das pessoas em sofrimento psíquico. Relatos estão apresentados no Quadro 9.

Quadro 28 - Comunidade Terapêutica: usos e seus desdobramentos (continua na próxima página)

Comunidade Terapêutica: usos e seus desdobramentos

“[...] os primeiros dias na CT são bem difíceis, por conta da abstinência da droga, já fui sem medicamentos, é terrível, terrível passar os primeiros dias [...]”

“[...] não gosto nem de lembrar a minha experiência, meus pais me obrigaram a ir, muito ruim [...]”

“[...] me sentia útil, o pastor da M.B. confiava em mim, depois de um tempo, eu cuidava do dinheiro da alimentação, fazia as compras no centro [...]”

“[...] já vi muita gente chegar à CT sem medicamentos, daí começam a se queixar por conta dos sintomas e o coordenador arruma os medicamentos [...]”

“[...] lembro que me sentia reconhecido, tinha oportunidades, tinha pressão também, durante um tempo fui coordenador [...]”

“[...] é bom ficar na Comunidade, mas uma hora tem que sair [...]”

“[...] a gente tem que se responsabilizar pelos erros e por dizer não ter conseguido ficar bem fora da Comunidade, a culpa é exclusivamente minha por não ter conseguido [...]”

“[...] depois de um tempo na Comunidade começo a me sentir preso e tem uma hora que a gente precisa sair [...]”

“[...] na próxima terça será minha última participação no grupo GAM, pois retornarei pra Comunidade “xxx”. Está muito difícil ficar por aqui no CAPS e com as pessoas que estão comigo na rua, que me chamam pra usar drogas o tempo inteiro [...]”

“[...] estou planejando minha ida à Comunidade, quero passar no médico pra garantir uma medicação pros primeiros dias, não dá pra ficar sem a droga assim de uma hora pra outra e sem remédio [...]”

“[...] meu parceiro desistiu de ir pra Comunidade, ele que iria pagar minha ida, mas antes ia pegar muita droga e eu tô dois meses sem *crack*, não queria me sujeitar a estar junto, pois certamente iria usar, ainda bem que ele desistiu [...]”

Em 14 de maio de 2019, ao final do grupo GAM, registro no diário de campo uma questão que preocupava os moderadores: estávamos no décimo segundo encontro e três usuários haviam sido internados em CT no último mês. Será que basta manifestar o desejo de se internar pro médico, pra equipe? De fato, é a única possibilidade para alguns casos?

“[...] tomava três medicamentos, fui para CT sem nenhum, fiquei três dias sem dormir, tive que ir embora, não aguentei [...]”

“[...] já fui internado umas quatro, cinco vezes, é a única coisa que até hoje me fez romper o ciclo do uso da droga [...]”

“[...] quero sair da rua, quero parar um pouco de usar droga, quero voltar pra CT [...]”

Nota: CT = Comunidade Terapêutica; GAM = Gestão Autônoma da Medicação.

Quadro 29 - Comunidade Terapêutica: usos e seus desdobramentos (continuação)

“[...] a Comunidade é boa, mas a gente tem que fazer nossa parte também e cumprir as regras da casa, os horários, as atividades [...]”

“[...] se afastar de tudo é um problema, seria mais fácil se não precisasse. É muito radical ir para casa de recuperação, já fui até monitor, mas, não posso mais brincar com a minha vida [...]”

“[...] saí da comunidade, estava bem, daí recai. A culpa é exclusivamente minha! [...]”

Os usuários do grupo GAM narram suas vivências em CT desde o início dos encontros, sem que houvesse tema relacionado a este modelo de tratamento no Guia GAM-BR. Os moderadores do grupo GAM se reuniram após o término do segundo encontro pra avaliar as narrativas dos usuários, e concluiu-se que seria necessário compreender melhor o significado da CT para os usuários deste grupo.

Nota: CT = Comunidade Terapêutica; GAM = Gestão Autônoma da Medicação; Guia GAM-BR = Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação.

4.2.2.2 Eixo sofrimentos do usuário de drogas

Neste eixo temático apresentaremos os principais sofrimentos que assolam os usuários de drogas. Nomeamos esses sofrimentos como desvalor, desconfiança, culpa vergonha e medo; sentimentos estes irrompidos em decorrência dos desdobramentos gerados pelo uso/abuso de álcool e outras drogas. Relatos estão apresentados no Quadro 10.

Quadro 30 - Desvalor, desconfiança, culpa, vergonha e medo (continua na próxima página)**Desvalor, desconfiança, culpa, vergonha e medo**

“[...] me sinto muito mal, uma tristeza profunda, daí uso a cocaína. Pô me sinto melhor, mas não consigo fazer nada, quero ficar em casa sozinho. A consciência pesa muito, é errado, muita culpa! [...]”

“[...] saí da comunidade, estava bem, daí recai. A culpa é exclusivamente minha! [...]”

“[...] a culpa por estar usando drogas é forte demais, mesmo quando consigo controlar esse pensamento para não me afundar mais [...]”

“[...] sou dependente químico, sou adicto, estou há muito tempo sem usar drogas, mas tenho que ficar sempre atento, tenho medo de recair [...]”

“[...] é muito ruim ter que ficar fugindo de lugares pra não usar a droga, não aguento mais isso [...]”

Quadro 31 - Desvalor, desconfiança, culpa, vergonha e medo (continua na próxima página)

“[...] tenho saudade de retornar pra família, filhos, mas a última tentativa de aproximação com eles durou três dias. Logo começa a briga, eles dizem que logo vou dar uma volta e que irá durar seis meses. E toda vez que isso acontece é mais difícil voltar, não acreditam mais em mim [...]”

“[...] tava me sentindo muito mal, não quis sair de casa com medo de usar drogas e tomei três comprimidos de diazepam para conseguir dormir e não dormi [...]”

“[...] não tomo medicamentos, tenho medo. Pois durmo na rua, tenho muito medo de pedradas, carro desgovernado e de não conseguir ter reflexo para acordar [...]”

“[...] é muito duro ficar na rua, muita gente chama pra usar droga o tempo inteiro [...]”

“[...] a culpa é do álcool por tudo isso que está acontecendo comigo [...]”

“[...] até o trabalho que deveria me ajudar a melhorar, hoje é pra comprar droga. Sou moto-boy, uso inclusive durante o trabalho. Não penso em outra coisa senão usar a droga, não posso nem pensar em não ter trabalho, senão vou roubar minha mãe e não quero fazer isso, ela não merece [...]”

“[...] a recuperação do adicto é cheios de não, não pode ficar triste, não pode ficar feliz, tudo é motivo pra desconfiarem da gente [...]”

No segundo passo do Guia GAM, “Observando a si mesmo”, na página 26, consta uma questão: ‘Os efeitos dos medicamentos foram explicados a você? Conte como foi’. Os usuários responderam que não lhes foi explicado nada sobre o medicamento. Esta questão mobilizou algumas falas dos usuários.

“[...] péssimo atendimento médico, não temos tempo de falar e quando conseguimos estamos sempre errados [...]”

“[...] aqui no CAPS o médico não se preocupa se a gente está na rua e passam um monte de medicação, que não iremos tomar [...]”

“[...] tem médico que nem olha pra gente e já sai prescrevendo [...]”

“[...] o médico não se importa, não dá muita atenção pra nossa vida mesmo [...]”

Percebemos que há sofrimento nas narrativas dos usuários, por suas vidas não serem valorizadas, mas ainda assim, aparentam conformar-se com a postura do profissional médico.

“[...] eu não me importo, é o jeito dele [...]”

“[...] eu não falo nada além do que o médico pergunta, tenho medo de ser prejudicado e preciso desse atendimento [...]”

Nota: CAPS = Centro de Atenção Psicossocial; GAM = Gestão Autônoma da Medicação; Guia GAM = Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação.

Quadro 32 - Desvalor, desconfiança, culpa, vergonha e medo (continuação)

Atentamos para as falas dos usuários referentes ao uso de drogas após algum tempo de abstinência ou de diminuição do uso. É frequente uma narrativa de derrota, como se retornassem para o início do tratamento, mesmo quando tenha ocorrido apenas um uso esporádico.

*“[...] **não aguentei, eu recaí, bebi no final de semana, me sinto muito mal, não devia ter feito isso [...]**”. Este usuário não descumpriu nenhum de seus compromissos após a “recaída”, termo utilizado pelos usuários.*

*Percebemos um distanciamento de si mesmo dos usuários no campo álcool e drogas. A partir da proposta do segundo passo do Guia GAM, “Observando a si mesmo”, necessitamos propor que falássemos mais sobre “si mesmos” e menos sobre os outros e tivemos que ampliar os encontros sobre esta temática, invariavelmente as narrativas iniciavam com os dizeres: “[...] **sou adicto em recuperação, sou dependente químico, tenho uma doença crônica e incurável [...]**” e apenas com o avançar dos encontros que isso foi se dissolvendo e algumas pessoas experimentaram novas formas de se apresentar ao grupo.*

Nota: Guia GAM = Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação.

4.2.2.3 Eixo territórios vividos: rede formal e informal de apoio

Neste eixo apresentaremos as redes sociais de apoio dos usuários e as diferenciaremos em redes formais e informais. Compreendem-se por redes formais os contatos com profissionais como enfermeiro, médico, psicólogo, dentre outros; e informais, a família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho e comunidade, tendo como principal característica o envolvimento afetivo. Relatos estão apresentados no Quadro 11.

Quadro 33 - Territórios vividos: rede formal e informal de apoio (continua na próxima página)

É como o trapezista do circo: quando a coisa dá errado, a rede de apoio ajuda
“[...] considero o CAPS minha família [...]”
“[...] ir pro CAPS, estar no CAPS significa para mim estar num ambiente protegido [...]”
“[...] o CAPS é tudo, o meu parça é meu técnico de referência [...]”
“[...] queremos que os técnicos estejam mais na convivência, pois existem acordos feitos nas assembléias que não são cumpridos por muita gente e que eu não me sinto à vontade pra chamar a atenção do outro [...]”
“[...] e as atividades manuais aqui no CAPS, precisa de mais atividades, coisas diferentes, aprender coisas novas, faz muita falta e faz diferença. Lembra dos grupos da TO? [...]”
“[...] quando estou muito mal preciso ficar na convivência, diária e constante, no CAPS, me ajuda muito [...]”
“[...] é necessário que os técnicos fiquem mais atentos aos usuários na convivência, tem gente que aparece quando está muito mal e todos sabem e não olham com o cuidado que tinha que ter [...]”
“[...] tá muito difícil ficar na convivência, tenho vontade de sair do CAPS, mas se abandonar ficarei pior [...]”
“[...] ontem fechou a convivência por estarem acontecendo furtos com o serviço aberto e outras coisas, muito triste. Estou com um sentimento brotando para fazer justiça, o CAPS é o meu lugar! [...]”
“[...] o grupo de leitura é muito bom, a profissional é muito dedicada e se esforça muito para a gente entender [...]”
“[...] a educação em saúde, a técnica, é bem próxima, engraçada, competente, ela passa vídeos e depois fazemos as discussões [...]”
“[...] a RD tem sido muito significativa pra mim, há anos que não conseguia olhar pra mim mesmo [...]”
<i>O grupo da técnica X., educação em saúde, é muito citado como espaço de cuidado.</i>
“[...] cheguei no CAPS querendo desistir da vida, ainda bem que minha médica estava lá, me pediu pra que eu desse um tempo pra ela conseguir me ajudar, e eu aceitei [...]”
“[...] o X. da equipe não cumprimentava e não falava direito com a gente, é aqui no grupo que estou conhecendo melhor o profissional e vendo que é apenas o jeito dele, mais fechado. Mas muito atento e observador, é bem bacana [...]”

Nota: CAPS = Centro de Atenção Psicossocial; RD = redução de danos; TO = terapeuta ocupacional.

Quadro 34 - Territórios vividos: rede formal e informal de apoio (continuação)

“[...] estou no abrigo também, mas lá não tem escuta, é sem conversa [...]”

“[...] o trabalho hoje para mim significa usar drogas [...]”

“[...] eu hoje consigo administrar o meu dinheiro e consigo separar boa parte para comprar uma roupa, um tênis, algo que eu quero e só o que sobra eu compro droga. Já teve época que foi o dinheiro todo só pra droga [...]”

“[...] é muito diferente o atendimento dos médicos aqui no serviço, já passei por dois. Agora consigo conversar. O outro nem olhava na minha cara [...]”

“[...] estou no albergue e lá é um descaso com a gente, desde o jeito que nos tratam até as condições do lugar que ficamos [...]”

“[...] é muito importante ter uma rede de apoio, como vocês estão falando, nos ouvirem sem crítica e sem julgamento. Sou muito reservado, não confio em muitas pessoas. Essa menina (residente) me emprestou seu tempo [...]”

“[...] a relação com o meu irmão tá muito difícil, então evito confusão. E a minha mãe não entende a RD, diz que é vagabundagem, só para continuar usando a droga. E pra mim tem sido a forma mais importante até hoje, tenho conseguido olhar pra mim [...]”

“[...] minha família não quer me ver nem pintado de ouro por conta do álcool, eu agradeço os trabalhadores deste serviço por me ajudarem [...]”

Nota: RD = redução de danos.

4.2.2.4 Eixo autonomia e direitos

Neste eixo temático que nomeamos de “autonomia e direitos”, agrupamos trechos de falas dos usuários que mencionam a noção e algumas de suas descobertas sobre direitos; algumas experimentações na ampliação da autonomia e; depoimentos sobre a experiência com a GAM de alguns usuários e trabalhadores. Esses relatos estão apresentados no Quadro 12.

Quadro 35 - Direitos? E autonomia (continua na próxima página)

Direitos?

E autonomia

“[...] prontuários, relatórios, saber sobre o próprio diagnóstico, não sabia nada disso. No-ossa é direito? E a maioria das pessoas não sabe disso [...]”

No primeiro passo do Guia GAM, “Conhecendo um pouco sobre você”, página 14, contextualizamos a GAM para um novo usuário e começamos o dia com a frase: “Eu sou uma pessoa, não uma doença”. Esta frase mobilizou falas semelhantes dos usuários do grupo.

“[...] nós somos chamados na rua pelos guardas municipais de lixo, demônio, droga, eles levam nossos pertences sem o menor respeito com a dignidade humana, muitas vezes precisamos nos humilhar pra proteger nossas coisas. [...]”

“[...] eu decidi, após participar aqui na GAM, que eu irei mudar de médico, não sabia que eu tinha direito, quero ser atendido por você, você dá atenção pra gente (referia-se a médica moderadora do grupo) [...]”

“[...] na rua não temos direitos [...]”

“[...] comecei a recolher assinaturas para melhorias do albergue, como porta do banheiro, colocação de exaustores, melhorar a alimentação, pois direto tem pessoas com intoxicação alimentar. Eu busquei informações e vou protocolar na prefeitura [...]”

“[...] não conseguirei mais vir no grupo GAM. Saiu a vaga que estava aguardando pro curso de panificação, começarei na semana que vem [...]”

“[...] só estou aguardando uma grana para ir até São Vicente e resgatar o histórico escolar para voltar a estudar [...]” - *No encontro seguinte trouxe a notícia que havia retirado o histórico escolar e também havia resolvido o problema da documentação faltante no Centro Pop. Nos conta, animado, que voltou a estudar no dia oito de abril de 2019.*

“[...] eu fiquei dois anos na rua e agora estou com meus irmãos. Um amigo que me levou para Universidade, o conhecia da praça da Aparecida, lá entrei pro “grupo Div3rso” e depois participei da RD. Estar com pessoas que nos fazem crescer é muito bom e que por isso, tenho frequentado também o GAM. Fui no evento no Auditório da Fazenda sobre Direitos e participei da mesa, foi difícil falar, mas estava lá e falei da gente, da experiência com a GAM [...]”

Um dos moderadores comenta no grupo sobre a importância de os usuários participarem do grupo GAM, pois pode possibilitar posteriormente que sejam multiplicadores da estratégia no serviço e até mesmo em outros espaços.

“[...] é verdade, foi assim que aconteceu comigo com a RD, e também já tive a oportunidade de falar sobre a GAM na UNIFESP [...]”

Nota: GAM = Gestão Autônoma da Medicação; Guia GAM = Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação; RD = redução de danos; UNIFESP = Universidade Federal de São Paulo.

Quadro 36 - Direitos? E autonomia (continua na próxima página)

“[...] uma coisa que tem me ajudado muito é a jardinagem aqui no CAPS, me deixa bem, lembro dos momentos que trabalhei com isso e o tanto que aprendi. Minha referência tem me ajudado, tenho ido inclusive a outro serviço ajudar com o jardim [...]”

No terceiro passo do Guia GAM, “Ampliando sua autonomia”, consta na página 46 a “Carta dos Direitos dos Usuários de Saúde”. A leitura da carta foi feita em dois encontros e despertou narrativas dos usuários, principalmente em relação ao terceiro princípio “Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação”.

“[...] fui discriminado. Estava muito mal, precisei ir à UPA, fiz a ficha e esperei uma eternidade, quase fui embora, muitas pessoas passando na minha frente e tenho certeza que não estavam piores do que eu [...]”. *Este usuário é negro, pobre, alcoolista. A fala deste usuário repercutiu no grupo e outras pessoas confirmaram que já foram discriminadas em outros locais e principalmente em UPA.*

“[...] estive no médico, tava tudo bem comigo, me perguntou se eu estava dormindo bem, eu disse que sim e quando estava acabando a consulta, falou assim ‘Vou acrescentar mais este aqui’ e acrescentou o quinto medicamento, a carbamazepina. Eu já tomava quatro. Não tinha nem idéia pra que era, só sei que passei muito mal, tive tonteira, zonzeira, quase caí duro no chão [...]”

Posteriormente a esta fala, outro usuário faz um apontamento e diz assim: “[...] tem uma coisa aí, você devia ter perguntado pra que era essa medicação, não devia aceitar assim, pois além de tudo, você tá falando que essa medicação te fez muito mal [...]”

No segundo passo do Guia GAM, “Observando a si mesmo”, na página 26, consta uma questão: Os efeitos dos medicamentos foram explicados a você? Conte como foi. Os usuários responderam que não lhes foi explicado nada sobre o medicamento. A partir destes relatos propusemos um exercício. Combinamos que no próximo atendimento médico, eles (os usuários), iriam perguntar suas dúvidas sobre o tratamento medicamentoso.

“[...] eu conversei com meu médico e ele me deu uma aula sobre os medicamentos, falei que estava participando do grupo GAM [...]”

“[...] eu não conversei com meu médico, falei com minha referência, ela não soube me dizer e falou pra eu perguntar pro médico [...]”

“[...] eu tentei falar, mas não deu tempo, a consulta foi muito rápida [...]”

“[...] será que o médico vai me desligar? Vou dizer que o remédio tem começo meio e fim e se o medicamento não estiver fazendo mais efeito, vou parar de tomar [...]”

Nota: GAM = Gestão Autônoma da Medicação; Guia GAM = Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação; UPA = Unidade de Pronto Atendimento.

Quadro 37 - Direitos? E autonomia (continua na próxima página)

No segundo passo do guia GAM, “Observando a si mesmo”, na página 26, consta uma questão em relação aos medicamentos: “Você teve escolha em tomá-los ou não?” Os usuários estranharam a pergunta e um deles perguntou “[...] é possível escolher? [...]”. Ao que uma das moderadoras do grupo, (médica) comenta: “[...] eu tenho três pacientes que não querem tomar medicação e estamos manejando o cuidado em saúde sem medicamentos [...]”

O quinto passo do Guia GAM, “Por onde andamos...”, tem o objetivo de retomar as discussões anteriores como forma de exercer a autonomia e aumentar a participação do usuário no tratamento. Na página 78, contém duas questões: “Como foi para você conversar neste grupo sobre seus medicamentos e seu tratamento? E para você, o que significa aumentar a sua participação no seu tratamento com medicamentos?”

“[...] esse grupo GAM veio no momento certo, tava abusando dos medicamentos do jeito que queria [...]”

“[...] com mais conhecimento é possível conversar com o médico [...]”

“[...] é importante ter mais conhecimento sobre os medicamentos, fica mais fácil entender os sintomas [...]”

“[...] eu quero parar de usar medicamentos [...]”

“[...] a desintoxicação das drogas tem me ajudado. Eu sempre preciso conversar com alguém sobre o meu tratamento. Amanhã tenho consulta médica e depois vou conversar com minha referência, que me sinto mais à vontade [...]”

No sexto passo do Guia GAM, “Planejando nossas ações”, página 95, tem uma questão que convida as pessoas a narrarem sobre sua experiência de participar de um grupo GAM.

“[...] eu aprendi muito aqui no grupo, não tinha ideia da finalidade de algumas prescrições, muitas indicações são diferentes da bula. Aqui no CAPS AD não é muito fácil entender, é difícil para os trabalhadores, imagina para os usuários [...]” - Moderador 1

“[...] este grupo foi bem diferente dos outros que participei. Este tem um guia com pautas obrigatórias, ainda que não precisemos nos fixar, são pautas disparadoras que nos ajudam [...]” – Moderador 2

“[...] tivemos a oportunidade no grupo GAM de ouvir as narrativas dos usuários sobre a experiência com drogas e medicamentos, sem a interrupção das demandas do cotidiano, além de ter aumentado a minha compreensão sobre o fenômeno do uso de drogas, que tem me ajudado a repensar as ações [...]” – Moderador 2

“[...] foi muito importante para eu participar de um espaço coletivo no CAPS, isso só foi possível porque a gestão bancou fechar minha agenda para garantir minha presença aqui [...]” – Moderador 2

Nota: CAPS = Centro de Atenção Psicossocial; CAPS AD = Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; GAM = Gestão Autônoma da Medicação; Guia GAM = Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação

Quadro 38 - Direitos? E autonomia (continua na próxima página)

“[...] através da GAM apareceram várias falhas no serviço que começamos aos poucos devolver para a equipe [...]” - Moderador 2

“[...] bem produtivo, embora não tenhamos conseguido sustentar um grupo fechado. Vejo que os usuários procuram atividades com começo, meio e fim. Foi válido [...]” – Moderador 1

“[...] Não consigo imaginar trabalhar no CAPS sem a GAM, estou assustada só de pensar [...]” – Moderador 2

“[...] agradeço pela oportunidade de ter compartilhado esse momento com todos vocês, aprendi muito [...]” – Moderador 3

“[...] eu aprendi a persistir no que eu quero [...]”

“[...] eu tô me perguntando. Será que foi a droga que fez isso comigo ou foi outra coisa? [...]”

“[...] eu tô lembrando aqui do início do grupo e vejo que mesmo você tendo iniciado no fim do grupo tenho percebido que o senhor está otimizando outros recursos para a sua vida e percebendo que não é só o medicamento que pode lhe ajudar, é um conjunto [...]”

“[...] agora eu entendo o porquê estou sendo medicado. Não tem medicamento forte e fraco, a questão é que tem de ser de acordo com cada necessidade [...]”

“[...] melhorou minha relação com o médico, facilitou o diálogo, agora sei um pouco mais sobre os meus direitos [...]”

“[...] agora você pode reivindicar estes direitos, o grupo GAM serve para isso [...]”

“[...] durou um ano o grupo GAM aqui no CAPS. Na Universidade fizemos seis encontros, aqui vivenciamos no dia a dia [...]”

Após ouvirmos todos do grupo darem seus depoimentos retornamos à página 9 do Guia GAM e fizemos a leitura de alguns depoimentos de outros usuários que participaram da GAM

“[...] Quem escreveu isso? Fui eu? É isso que aconteceu comigo! É isso que me acontece aqui [...]” *O usuário se referia a um depoimento que dizia que a GAM ajudou na auto-estima e na confiança e de conhecer um pouquinho mais sobre o medicamento, e se identificou.*

“[...] eu aprendi a me perguntar e perguntar também sobre a medicação que eu estou tomando. Verificar meu diagnóstico e se houve evolução ou involução. Maior consciência em poder interferir na negociação do medicamento. Criar um prognóstico para ver se consigo zerar a medicação [...]”

“[...] me sinto à vontade neste espaço [...]”

“[...] a gente precisa garantir este espaço, tem muita gente que precisa conversar e não é só sobre medicamentos [...]”

Nota: CAPS = Centro de Atenção Psicossocial; GAM = Gestão Autônoma da Medicação; Guia GAM = Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação.

Quadro 39 - Direitos? E autonomia (continuação)

“[...] **vamos continuar com o grupo GAM? Podemos reformular [...]**”

“[...] **reformular é fazer novamente, mas diferente [...]**”

“[...] **sim, a gente pode pensar também com outras pessoas que fazem uso de drogas e não participaram [...]**”

“[...] **Uma nova edição? [...]**”

“[...] podemos juntos olhar os pontos que queremos manter e os que não queremos para um próximo grupo [...]

Nota: GAM = Gestão Autônoma da Medicação.

4.2.2.5 Eixo substâncias psicoativas

Neste eixo apontaremos os diversos usos das substâncias psicoativas (lícitas, ilícitas e prescritas) e suas funções diversas. Observa-se que as substâncias são utilizadas pelos usuários de forma misturada – “droga como remédio” e “remédio como droga” e, ainda, o abuso de substâncias com o objetivo de tirar a própria vida. Relatos estão apresentados no Quadro 13.

Quadro 40 - Substâncias psicoativas (continua na próxima página)

Os diversos usos e significados das substâncias psicoativas

“[...] não quis sair de casa com medo de usar drogas e então tomei três Diazepam para dormir e ainda assim não dormi [...]

“[...] quero passar no médico e tomar uns medicamentos, vou para CT e ficar sem a droga bruscamente é muito difícil [...]

“[...] por que quando interrompo a medicação me sinto muito mal e vêm uns pensamentos ruins? [...]

“[...] estou em medicação assistida. Quando não consigo comparecer na sexta fico três dias sem o remédio, daí fico virado, não durmo [...]

“[...] o medicamento não resolveu o que não tava legal e não tirou toda a vontade de usar a droga, fui percebendo que precisava fazer outras coisas [...]

“[...] com o tempo fui percebendo que o medicamento ajudava diminuir os sintomas, quando estava virado há dias por conta da droga [...]

“[...] a gente vai tomando do jeito possível, por exemplo, quando estou trabalhando como irei tomar três Risperidona mais o Clonazepan? [...].”

Nota: CT = Comunidade Terapêutica.

Quadro 41 - Substâncias psicoativas (continua na próxima página)

“[...] o Diazepan me faz sonhar diferente, sonhos que parecem realidade [...]”

“[...] é só com medicamentos que eu consigo parar de usar drogas? [...]”

“[...] vivi na floresta por 12 anos, sempre usei minhas drogas. Quando estava triste sabia o que usar, quando estava muito alegre também. Agora aqui na cidade é um homem que vai dizer o que eu tenho que tomar? [...]”

“[...] a pessoa tem que falar pro médico, não pode parar de tomar medicamentos sozinha [...]”

“[...] quando estou com pessoas que usam muita droga, é muito difícil me controlar, quase impossível [...]”

“[...] eu tô mal, me sentindo muito cansado, preciso de suplementos [...]”

“[...] a droga pra mim é uma fuga dos problemas [...]”

“[...] ouvir o relato dos outros sobre medicamentos me ajuda muito [...]”

“[...] eu sou pilantra. Eu sei que tomar sete X. (psicofármaco) é tóxico, vou ficar mole. Mas às vezes quando não quero beber, eu tomo esse medicamento. O efeito é parecido quando estou bêbado [...]”

“[...] a droga escraviza [...]”

“[...] os medicamentos que eu tô tomando não estão servindo de nada, continuo tendo pesadelos e azia e não durmo direito [...]”

“[...] eu pego os medicamentos na farmácia, mas deixo eles de canto, como segurança, caso precise usar [...]”

“[...] o medicamento ajuda a aumentar o tempo que consigo ficar sem a droga [...]”

“[...] a droga é boa, a droga é angústia e arrependimento quando passa o efeito [...]”

“[...] comigo foi muito difícil acertar a medicação, tive muitos tremores, depois pararam [...]”

“[...] a medicação mexe com a preguiça e com a libido. Ultimamente não tenho tido boa relação com o medicamento [...]”

“[...] os medicamentos ajudam a quebrar o ciclo do uso [...]”

“[...] como saber as interações? Com o que é misturado, por exemplo, a cocaína com a Fluoxetina? [...]”

“[...] o remédio vicia? [...]”

“[...] vocês estão dizendo que demora um tempo pros antidepressivos fazerem efeito. E se a pessoa tomar cachaça nesse tempo, o que acontece? Todos os medicamentos interagem com o álcool? [...]”

“[...] a gente não sabe quais são as misturas que tem na cocaína. Não saber o que está usando, não causa mais dependência? [...]”

Quadro 42 - Substâncias psicoativas (continua na próxima página)

“[...] queremos falar mais de drogas aqui no CAPS, nos grupos [...]”

“[...] olha como eu fico tremendo quando você fala sobre a droga. Sabem como eu estou agora? [...]”

“[...] tem que conversar com o médico, é preciso tomar direitinho os medicamentos [...]”

No segundo passo do Guia GAM, “Observando a si mesmo”, na página 16, consta uma questão em relação ao “seu dia a dia”: “Quais as coisas que você gosta no seu cotidiano? O que você gosta de fazer?”

“[...] o que eu gosto hoje é usar maconha, fico relaxado [...]”

“[...] eu gosto de fumar o crack, já com o primeiro trago fico legal, o segundo e o terceiro é só para manter a brisa [...]”

“[...] o que eu mais gosto de fazer hoje é usar o crack, gosto dos efeitos [...]”

“[...] eu gostava do crack, mas me fazia mal, daí parei e voltei pra cocaína [...]”

No segundo passo do Guia GAM, “Observando a si mesmo”, tem um item sobre medicação e uma questão na página 24: “Por que começou a tomar medicamentos psiquiátricos?”. Registramos que o grupo manifestou o primeiro contato com os medicamentos psiquiátricos com o objetivo de “complementar o barato das drogas”, e não por meio de uma prescrição médica. Destacarei a seguir um trecho da fala de um usuário.

“[...] comecei a tomar medicamentos psiquiátricos para complementar o barato, usei muito Flunitrazepam, Diazepam com álcool, e Clortalidona tomava como água [...]”

“[...] Usei muito Artane [...]”

Das narrativas compartilhadas pelos usuários no grupo, a mais frequente correspondia à experimentação de benzodiazepínicos/sedativos ingeridos juntamente com álcool.

Outra questão presente no segundo passo do Guia GAM, “Observando a si mesmo”, na página 27: “Você já tentou mexer na medicação por conta própria?”. Ao que alguns disseram: “[...] sim, várias vezes! [...]” e um usuário reflete: “[...] será que porque mexi na medicação é que voltei a usar drogas? [...]”

No quarto passo do Guia GAM, “Conversando sobre os medicamentos psiquiátricos”, página 57, organizamos um encontro a pedido dos usuários sobre antidepressivos com o objetivo de aprofundar a temática. Surgiram questões inesperadas relacionadas à ingestão abusiva de antidepressivos e/ou outros medicamentos com o objetivo de interromper a vida.

“[...] então, quando eu tomei 30 comprimidos de antidepressivo para tirar minha vida, pois não tá dando mais [...]”

“[...] eu tô assim, acabei de ingerir 50 comprimidos de medicamentos pra pressão da minha mãe, mas só não consegui, pois não eram medicamentos psiquiátricos [...]”

Nota: CAPS = Centro de Atenção Psicossocial; Guia GAM = Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação.

Quadro 43 - Substâncias psicoativas (continuação)

“[...] eu também já tomei uma cartela inteira de medicamentos [...]”

O quinto passo do Guia GAM, “Por onde andamos”, página 83, possui uma questão “Com quem você se sente mais à vontade para expressar seus sentimentos?”. A resposta dos usuários foi unânime: “[...] com a minha referência do CAPS AD [...]”. Exceto um usuário, que mencionou a esposa. Vale destacar que neste dia a participação da população em situação de rua foi maciça.

Nota: CAPS AD = Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; Guia GAM = Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação.

5 DISCUSSÃO

A discussão dos resultados da pesquisa será apresentada a partir do processo de acompanhamento e das percepções advindas da condução do grupo GAM, das reflexões das temáticas indicadas nos núcleos argumentais e pelas marcas produzidas na pesquisadora em decorrência da trajetória profissional no CAPS AD, que certamente orientaram as construções das narrativas de trabalhadores e usuários. Para melhor compreensão e construção de pistas para reorganização das práticas de cuidado no serviço, foram agregadas as contribuições de autores que dialogam com o campo de álcool e outras drogas.

Para apresentação do processo de acompanhamento do grupo GAM realizamos uma sistematização em três eixos, a saber: desafios, potencialidades e peculiaridades do campo álcool e outras drogas e para ilustrar, utilizamos núcleos argumentais de usuários e trabalhadores, estes últimos nomeamos de moderadores.

5.1 Desafios

O grupo GAM foi estruturado a priori, de maneira a sintonizar com sua proposta terapêutica e por isso, pretendíamos que fosse um grupo fechado, com intuito de melhor aprofundarmos as questões levantadas pelos usuários. Embora tenhamos iniciado com esta proposta, logo a desconsideramos, devido à rotatividade dos usuários, que possuem necessidades decorrentes do uso/abuso de álcool e outras drogas, este tema será abordado adiante, nas peculiaridades de álcool e outras drogas. No guia dos moderadores, é apresentado essas e outras dicas e estratégias úteis para iniciar a contratação das regras e acordos que irão nortear o trabalho do grupo (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014).

Nesse sentido, alteramos para semi-aberto, considerando que para o ingresso do usuário no grupo, esta atividade estivesse contemplada no PTS desta pessoa e, portanto, já ter havido uma prévia contextualização do grupo GAM pelo profissional de referência.

O grupo GAM operou com a finalidade de um grupo interdisciplinar, que assumiu um desafio da desconstrução e desnaturalização da lógica da solução (prescritiva), apostando na ampliação de autonomia, cogestão, acolhimento e diálogo a partir de diferentes pontos de vista (SADE; MELO, 2019). Alguns encontros iniciais tiveram um caráter terapêutico e concluímos

terem sido, devido ao contexto do CAPS AD (fechamento ambiência, farmácia e enfermaria) e que não estava tendo vazão institucional suficiente para dar conta de todas estas questões que se desdobravam ao sofrimento dos usuários.

Percebemos que emergiam algumas situações críticas no grupo sobre as experiências dos usuários com psicofármacos e que nos deparávamos com usuários sem referência ou com ausência de atendimentos de referência, sendo a questão de medicamentos tratada unicamente com o médico.

Através da GAM apareceram várias falhas no serviço que começamos aos poucos devolver para a equipe (MODERADOR 2)

Em decorrência da pesquisadora comparecer ao CAPS AD, apenas um dia na semana, para a condução do grupo; do farmacêutico, após interdição da farmácia pela Vigilância Sanitária, passar a dispensar medicamentos na farmácia de outro CAPS e só comparecer no CAPS AD para o grupo GAM; da médica possuir contrato de apenas um dia e meio por semana e da aluna da iniciação científica da UNIFESP-BS, não ter vínculo com o serviço, encontramos dificuldade em compartilhar e sintonizar as questões que emergiam dos usuários no grupo GAM, com os demais integrantes da equipe, de modo a garantir a articulação necessária e as constantes revisões de contratos e sustentação do processo coletivo a partir da GAM.

Relembramos com isso, a adaptação da estratégia GAM pro contexto brasileiro, em que uma das adaptações foi trazer à cena os profissionais de saúde, juntamente com os usuários, considerando a disparidade existente entre estes atores no Brasil (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012), e que ainda assim, consonante a nossa vivência com a GAM, não confere garantias a resolver tais disparidades.

Posto isso, descreveremos alguns desafios que tivemos durante o processo, um primeiro apontamento é que, ainda que tenhamos tido cuidado, com a agenda institucional na pactuação do grupo GAM e previamente ter combinado dia da semana, horário e sala, em reuniões técnicas no CAPS AD, outro grupo aconteceu simultaneamente ao GAM, durante dois meses e gerou concorrência com os usuários, pois ambos tratavam da temática dos direitos.

Acreditamos que a limitação do alcance dos moderadores do grupo GAM com o CAPS AD, foi um dos pontos que corroborou para que o grupo se configurasse com certa externalidade às demais ofertas de cuidado. Embora, talvez seja importante resgatar, a proposição inicial da GAM, que em sua origem, nasce de uma iniciativa dos usuários, na rede de serviços alternativos de saúde no Quebec, Canadá (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012).

Outro impacto na organização do grupo GAM no CAPS AD, em decorrência desse apontamento, contribuiu para que os trabalhadores constantemente orientassem todos os usuários presentes na ambiência para entrar no grupo GAM, ocasionando tensões entre trabalhadores e moderadores do grupo, que desconsideravam os combinados prévios referentes à estrutura grupal ser semi-aberta. No entanto, os moderadores da GAM acolheram as pessoas, ainda que os participantes precisassem contextualizar a temática inicial do grupo, já em encontros bem avançados.

Considerando a condução do grupo - manejo cogestivo, em decorrência da estrutura grupal semi-aberta, os moderadores do grupo, tiveram algumas dificuldades iniciais no manejo, em virtude do ingresso de novos participantes, que se fazia necessário a contextualização da estratégia GAM, praticamente a cada novo encontro. Estas dificuldades foram sendo sanadas à medida que os usuários do grupo foram se sentindo à vontade e seguros para que juntos (trabalhadores e usuários) num processo cogestivo, pudessem circular a condução do grupo e acolher os novos integrantes (PASSOS et al., 2013).

Embora todos os quatro moderadores possuíssem experiências em condução de grupos, nenhum havia moderado um grupo GAM, ainda que, três tivessem participado da formação em GAM, em 2017, na UNIFESP-BS, que nos subsidiou a respeito dos principais objetivos do grupo, a vivência é única e diferenciada das que havíamos participado outrora.

Este grupo foi bem diferente dos outros que participei. Este tem um guia com pautas obrigatórias, ainda que não precisemos nos fixar, são pautas disparadoras que nos ajudam (MODERADOR 2)

Percebemos também ao longo da caminhada, que o objetivo da condução grupal intenta não só alinhar e alinhavar as discussões pertinentes ao tema, mas também colocar luz àquelas que possam indicar desvios ou incongruências, a fim de colocar lado a lado pontos de vista distintos - questões já apontadas em vivências GAM anteriores (SADE et al., 2013).

Por se tratar de moderadores com núcleos diferentes de saber, formações distintas, posicionamentos diferentes e vínculos diferentes com o serviço, como: tempo de serviço e frequência semanal, tivemos em alguns momentos iniciais do grupo, dificuldades em conduzir com sintonia a proposta cogestiva que a GAM nos convida. A estratégia GAM nos conduz por um caminho, por meio do Guia GAM-BR, que nos auxilia e favorece um reposicionamento subjetivo no decorrer do processo, com o objetivo de fortalecimento grupal (PASSOS et al., 2013).

Outro ponto desafiador que experienciamos e que Sade et al. (2013) aponta em seu artigo, quando referencia Kastrup, é quanto ao manejo do grupo, de atentar não só para o foco, mas também para o fora-foco; é fazer circular esta atenção do centro às margens e assim quando advir dos participantes, pensamentos fora de lugar, desvios, incongruências em relação ao tema, poder dialogar e pôr lado a lado pontos de vista diferentes. O manejo do grupo não se resume a interação dos participantes em relação a um tema, mas é também um lugar que ocorre a transversalidade das relações, onde se impele que emergjam experiências e que se construam novas possibilidades.

5.1.1 Peculiaridades do campo álcool e outras drogas

Evidenciamos a partir da estratégia GAM as peculiaridades do campo álcool e outras drogas, que não estavam contempladas na proposta de contratação dos grupos e no Guia GAM-BR, original. Por meio do dispositivo grupal ocorreu a ampliação do foco original da GAM, considerando não só o tratamento prescrito pelo médico, mas as demais substâncias psicoativas que as pessoas fazem uso. Destacamos as principais peculiaridades que nos foram evidenciadas ao longo do percurso desta pesquisa.

Em virtude, da prevalência de usuários em vulnerabilidade social e destes, uma parcela significativa em situação de rua, no grupo GAM, a frase expressa no primeiro passo do Guia GAM-BR “Conhecendo um pouco sobre você” - “ Eu sou uma pessoa, não uma doença”, foi ampliada para, “Eu sou uma pessoa, não uma droga, não um lixo”, consonantes as bases políticas com perspectivas proibicionistas, que tendem a criminalização do usuário de drogas e que historicamente estão assentadas a Política de Álcool e outras drogas brasileira (ALVES, 2009).

Nós somos chamados na rua pelos guardas municipais de lixo, demônio, droga, eles levam nossos pertences sem o menor respeito com a dignidade humana, muitas vezes precisamos nos humilhar pra proteger nossas coisas
(USUÁRIO)

Outro apontamento se refere à significativa rotatividade de usuários do campo álcool e outras drogas e por consequência no grupo, podendo estar relacionadas à baixa adesão, oriundas de abordagens profissionais de alta exigência (LANCETTI, 2015); as idas e vindas ao serviço de saúde podem estar vinculadas a intervenções desumanizadas, efeitos da estigmatização, segundo Ronzani, Noto e Silveira (2014), e ainda, segundo algumas inferências apontadas por usuários num outro estudo, como: dificuldade de acesso (falta de dinheiro para o transporte),

inserção no mercado formal ou informal de trabalho, situação de crise ou agravamento da condição de saúde, episódios de “recaída”, envolvimento com práticas delituosas e outros (ALVES, 2009).

Aproveitamos para problematizar a dita “recaída”, que sistematicamente atravessa o cotidiano das práticas de cuidado no CAPS AD e esteve bem presente nas discussões do grupo GAM. Conforme Rameh-de-Albuquerque (2017), os estudos referentes à “recaída” têm nos mostrado que este conceito tem sido atrelado ao paradigma do proibicionismo-abstinência e não tem atendido as necessidades dos usuários de drogas, pois o cuidado tem sido centrado na necessidade de cessação do uso de drogas como única possibilidade de tratamento. De forma esquemática, a “recaída” seria representada, segundo a autora, de forma cíclica, ou seja, a pessoa que está dependente do uso de substância, sai de um ponto e quando entra em contato novamente com a substância, retorna ao mesmo ponto de saída.

Não aguentei, eu recaí, bebi no final de semana, me sinto muito mal, não devia ter feito isso [este usuário não descumpriu nenhum de seus compromissos]
(USUÁRIO)

O estudo de Rameh-de-Albuquerque (2017) se baseou no conceito de recursividade como nova proposta para olhar o fenômeno da “recaída”, pensando a recursividade como uma questão espiral, em que as pessoas em uso abusivo/dependentes de drogas, que se encontram e se reencontram com as substâncias, nunca retornam ao mesmo ponto de saída, em cada ponto há uma possibilidade de aprendizado e mudança.

A autora assenta a concepção de recursividade no arcabouço teórico do biólogo Maturana¹⁶, que em breves palavras, trata da autopoietica, da evolução dos sistemas vivos e para tal, abordará as relações sociais entre as pessoas, dizendo que nem todas as relações/interações entre as pessoas são sociais, sendo sociais apenas as que incluem trocas, inexistentes nos processos de poder, que aplacam as relações. Desse modo as relações serão sociais, quando estiverem fincadas na emoção do amor, que impulsionam a conservação da espécie e não sociais, quando fincadas na negação do outro (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2017). Para tal, a define:

¹⁶ Discussão aprofundada no grupo de estudos conduzido pelo psiquiatra do CAPS AD, Dr. Roberto Tykanori.

Por recursividade, junto a nós humanos, denominamos o movimento do reviver as experiências em nossas vidas, de modo parecido, mas nunca igual, o que implica em aprendizagens pessoais e singulares. Para as pessoas que querem parar ou diminuir o abuso de crack, a recursividade passou a ser uma possibilidade de leitura contra um constructo teórico que advém de um modelo que não cabe mais àqueles que trabalham na perspectiva da díade “antiproibicionista-redução de danos (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2017 p. 194-195).

Ainda em relação às peculiaridades do campo AD, aponta-se a “compulsão de drogas”, como predisposição para uso/abuso de outras substâncias. Nesse sentido, nos indagamos como a centralidade do tratamento é a medicação psiquiátrica, se a preocupação do sofrimento de base é um uso compulsivo/patológico, já que a proposta não é a terapia de substituição. Em consonância a este apontamento, Medeiros (2013 p. 12), diz que “Temos um dilema a ser solucionado quando, na sociedade atual, pessoas que tem usos dependentes de drogas não-prescritas, por exemplo, são tratadas com o uso abusivo de drogas prescritas.” Destacamos a seguir, um trecho da fala de uma trabalhadora, sobre esta temática.

eu acho que isso, é um mais, é ingerir mais substâncias ainda, o cara fica dependente de outras substâncias, além daquela outra que ele usa, porque uma não substitui a outra, se fosse o caso, até faria, ah! o cara ta se organizando, o cara ta conseguindo trabalhar, ta dando conta de vida, diminuiu um pouco o ritmo com a outra substância, daí eu pego, aí teria um ganho sabe, aí tudo bem, tá tendo um prejuízo, mas teria um ganho, a outra droga tá dando de fato, teoricamente, uma qualidade de vida mesmo (TRABALHADOR)

Somado a essa preocupação, alertamos sobre a ingestão abusiva de substâncias psicoativas, com a intenção de atentar contra a própria vida, que consonantes a gravidade da situação e tão logo identificadas pelos profissionais e/ou relatadas pelos usuários, geram ofertas de cuidado, que assegure a vida das pessoas, pautadas em, atendimentos individuais com maior frequência, inclusão na medicação assistida, acolhimento-dia, a soma das ofertas e outras, de acordo com a necessidade de cada caso.

Cheguei no CAPS querendo desistir da vida, ainda bem que minha médica estava lá, me pediu pra que eu desse um tempo pra ela conseguir me ajudar, e eu aceitei (USUÁRIO)

Segundo Botega et al. (2009), estudo que avaliou 80 tentativas de suicídio em ambiente pré-hospitalar, encontrou que 55% correspondiam à autointoxicação por medicamentos e 22,5% foram por veneno, sendo que as autointoxicações e o enforcamento foram os meios mais frequentes. Outro ensaio, que buscou conhecer ideações, planos e tentativas, constatou que, das tentativas encontradas, a maioria constituiu-se de autointoxicações por medicamentos (MAGALHÃES et al., 2014). Elencamos alguns trechos de narrativas de usuários sobre este tema.

então, quando eu tomei trinta comprimidos de antidepressivo para tirar minha vida, pois não tá dando mais (USUÁRIO)

eu to assim, acabei de ingerir cinquenta comprimidos de medicamentos de pressão da minha mãe, mas só não consegui, pois não eram medicamentos psiquiátricos (USUÁRIO)

eu também já tomei uma cartela inteira de medicamentos (USUÁRIO)

Consonante, ao já explicitado, sobre a sobreposição das substâncias psicoativas, seguimos o raciocínio, explicitando os usos feitos pelos usuários, de “medicamento como droga”, e de “droga como medicamento”, que segundo relatos de usuários, nos dizem que as primeiras experiências/experimentações com o uso de medicamentos psiquiátricos foram para complementar o “barato”, com o objetivo de experienciar efeitos prazerosos; para o usuário é apenas uma substância psicoativa a mais.

Estes apontamentos são encontrados em estudo anterior, sobre a GAM no contexto de álcool e outras drogas (FERREIRA, 2019). Segue alguns relatos de usuários sobre essa temática, que emergiram no grupo GAM, em decorrência da questão do Guia GAM-BR, presente no segundo passo - “Por que começou a tomar medicamentos psiquiátricos? (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014).

comecei a tomar medicamentos psiquiátricos para complementar o barato, usei muito, Rohypnol, Diazepam com álcool e Clortalidona, tomava como água (USUÁRIO)

Usei muito Artane (USUÁRIO)

Esta separação/cisão que a “guerra às drogas” cria, dificulta a apropriação de informações e manejo de usuários e trabalhadores. No contexto do CAPS AD, as prescrições realizadas pelos médicos, são em sua maioria, indicações de medicamentos psiquiátricos, *off label*, que dificulta a apropriação de usuários e trabalhadores sobre os usos dos medicamentos, porém, destacamos aqui a partir da GAM, que não é só dos médicos esse uso, os usuários também fazem um uso *off label*, um uso pra além da prescrição que oferece riscos e impede a segurança.

O termo *off label*, ainda não obteve uma tradução oficial para o português, é utilizado para uso diferente daquele aprovado na bula ou para produto não registrado pelo órgão regulatório nacional, que no Brasil é a ANVISA.

Compreende vastas utilizações de medicamentos prescritos, em não conformidade com as orientações da bula, incluindo a administração de doses elaboradas, a partir de especialidades farmacêuticas registradas; indicações e posologias não usuais; administração do medicamento por via diferente da preconizada; administração em faixas etárias para as quais o medicamento não foi testado e indicação terapêutica diferente da aprovada para o medicamento, esta última,

é frequentemente utilizada pelos prescritores do CAPS AD, ainda que, existam poucos estudos robustos, sobre o uso de medicamentos psiquiátricos *off label*, no contexto de álcool e outras drogas no Brasil (BRASIL, 2012c). Destacamos relatos de usuário e trabalhador (moderador GAM).

Eu sou pilantra. Eu sei que tomar sete xxx (psicofármaco) é tóxico, vou ficar mole, mas às vezes quando não quero sair de casa para beber, eu tomo esse medicamento, o efeito é parecido quando estou bêbado (USUÁRIO)

eu aprendi muito aqui no grupo, não tinha ideia da finalidade de algumas prescrições, muitas indicações são diferentes da bula, aqui no CAPS AD não é muito fácil entender, é difícil para os trabalhadores, imagina para os usuários (MODERADOR 1)

Alguns aspectos foram marcados nas peculiaridades de álcool e outras drogas, mas serão aprofundados adiante, no diálogo hermenêutico entre usuários e trabalhadores, como, por exemplo, a aposta na desnaturalização da cisão entre as substâncias psicoativas (lícitas, ilícitas e prescritas), objeto do produto técnico, que atentou para as interações entre as substâncias e os riscos associados para os usuários, o não reconhecimento destes no contexto da Reforma Psiquiátrica – “não somos loucos” e por fim, identificamos o modelo de tratamento nas Comunidades Terapêuticas, considerada uma prática do serviço, que segue na direção oposta ao cuidado em liberdade e fere os direitos dos usuários.

5.1.2 Potencialidades

Desde o início do grupo GAM, optamos por realizá-lo numa sala reservada, utilizada para as reuniões técnicas/passagens de plantão de trabalhadores, que é um cômodo localizado no interior da casa, um ambiente acolhedor e, portanto com menor fluxo de usuários. Essa opção se deu por entendermos que para aprofundarmos os temas, seria necessário que não houvesse muitas interrupções.

Devido a implementação da GAM ser inédita no CAPS AD, a frequência semanal do grupo GAM, contribuiu para que marcássemos o espaço, dia da semana e horário, em um intervalo de tempo menor que quinzenalmente, que fora a proposta inicial, e assim realizamos o grupo com quem estivesse, mesmo se comparecesse apenas um usuário.

A participação de trabalhadores com diferentes formações e a partilha dos relatos dos usuários sobre a própria biografia e sobre as experiências com as substâncias, no grupo, gerou a possibilidade de trânsito entre os saberes e favoreceu a ampliação da autonomia, não só dos usuários, mas também dos profissionais.

tivemos a oportunidade no grupo GAM de ouvir as narrativas dos usuários sobre a experiência com drogas e medicamentos, sem a interrupção das demandas do cotidiano, além de ter aumentado a minha compreensão sobre o fenômeno do uso de drogas, que tem me ajudado a repensar as ações (MODERADOR 2)

Foi muito importante para eu participar de um espaço coletivo no CAPS, isso só foi possível porque a gestão bancou fechar minha agenda para garantir minha presença aqui (MODERADOR 2)

Notamos a importância da ferramenta, Guia GAM-BR, ser disponibilizado para cada integrante do grupo, essa relação do usuário com o guia, o fato de ser próprio, de poder escrever o nome, acompanhar os temas, teve uma repercussão positiva na experiência que tivemos (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014).

No início dos primeiros encontros do grupo GAM construímos acordos coletivos, de funcionamento do grupo, como o tempo que o grupo iria durar (início e término), tempo de duração de cada encontro, respeito às falas, estrutura do grupo (aberto, semi-aberto, fechado) e outras que surgiram no processo. Como a rotatividade de pessoas era alta, revíamos estes combinados frequentemente, entendendo que este processo realizado entre trabalhadores e usuários contribuiria para o fortalecimento do grupo (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014). Vale ressaltar que estes acordos foram feitos conjuntamente entre moderadores e usuários do grupo GAM e compartilhados inicialmente com toda a equipe e gestão do CAPS AD.

Ao término de cada grupo, continuávamos na sala e fazíamos um lanche, com o alimento/bebidas que tivesse disponível no serviço e os moderadores se revezavam para garantir um bolo, observávamos que não se esgotavam as discussões após o encerrar do grupo e sim se tornavam mais fluidas.

Pudemos observar nestes encontros as várias maneiras de participação de usuários e trabalhadores e em um processo coletivo acolhê-los uns aos outros. Descobrimos pessoas que não sabiam ler e, portanto, o colega ou o grupo contribuía na leitura, alguns apenas observavam, mas logo ao término nos procuravam, outros nem isso, mas em momentos posteriores, percebíamos a atenção, que dispensavam aos temas, pelo conteúdo dos relatos.

Reconhecemos que a grupalidade, para acontecer, precisou da criação de um ambiente de confiança e de abertura, que foi possível, a partir da legitimação pelo grupo, das experiências mais diversas, entendemos também, que a escolha de uma sala reservada, também foi um fator importante para que caminhássemos para um reconhecimento identitário do grupo, ainda que a rotatividade de participantes fosse alta. Para Passos, Carvalho e Maggi (2012 p. 273) “Contrair grupalidade significa abrir o grau comunicacional do grupo para a construção da confiança e da corresponsabilização dos diferentes grupos de interesse no processo de produção de saúde.”

Os caminhos do guia nos conduziram para deslocamentos subjetivos que nos induziram a rever a maneira de condução grupal, desierarquizando e horizontalizando as ações, de modo que a atenção a este processo, paulatinamente convocou a participação dos usuários nessa condução de forma cogestiva, descentralizando o manejo, inclusive nos momentos de contextualização sobre a GAM para novos participantes (PASSOS; CARVALHO; MAGGI, 2012).

Um apontamento observado foi que o manejo do grupo alcançou a direção esperada - a cogestão, pois conseguiu gerar a grupalidade, tendo consonância com as sinalizações sobre manejo, contextualizadas no guia do moderador, elaborado com a finalidade de auxiliar no manejo do grupo, que pode ser realizado por qualquer profissional de saúde, por usuários e familiares envolvidos nos temas da saúde mental (ONOCKO-CAMPOS et al., 2014).

A GAM por se tratar de uma estratégia emancipatória de cuidado, fomenta a ampliação do repertório de vida, nesse sentido, participamos com os usuários de idas as Câmaras dos vereadores – sobre a NTº11/2019, sessão solene sobre os 30 anos da RD e ida à praia. Outros espaços foram solicitados pelos usuários, como por exemplo, conhecer alguns pontos da RAPS, porém apontamos limitações decorrentes do baixo alcance dos moderadores no CAPS AD, já explicitados, no subitem desafios.

Durante o processo de implementação da GAM no CAPS AD, acompanhamos uma série de mudanças que ocorreram no serviço e que repercutiram no grupo, apontaremos as principais: o fechamento da ambiência pela equipe de trabalho, em decorrência da alta incidência de conflitos, entre os usuários e trabalhadores, e por conta de furtos com o serviço aberto; a interdição da farmácia e enfermaria pela Vigilância Sanitária, devido à falta de manutenção, que já não era adequada para um funcionamento de um CAPS, da falta de segurança, da escassez de recursos humanos, que estrangula o processo de trabalho, da infestação de ratos e outras questões. Resgatamos trechos de narrativas de trabalhadores e usuários que versam sobre este tema.

ontem fechou a convivência por estarem acontecendo furtos com o serviço aberto e outras coisas, muito triste, estou com um sentimento brotando para fazer justiça, o CAPS é o meu lugar! (USUÁRIO)

Acho que, uma coisa básica que a gente não tem aqui, é isso, se você está falando de pessoas que não tem cômodos muito grandes, a Unidade que atende essas pessoas estar caindo aos pedaços é um limitador muito grande, esse lugar deveria ser um lugar agradável de viver, né? Esse lugar deveria ser um lugar acolhedor estruturalmente assim, poderia ter recursos (TRABALHADOR)

a gente ter uma possibilidade de receber os pacientes em crise mais adequadamente, ter uma enfermaria adequada (TRABALHADOR)

Vivenciamos também, que todas estas mudanças no CAPS AD, não só repercutiram para o interior do grupo, mas também a partir da GAM nos usuários do serviço, ajudando a fomentar uma mobilização, que já vinha se consolidando, de um coletivo de trabalhadores e usuários, estes últimos mais fortemente, como protagonistas de um cenário de luta política em relação a um clamor pela mudança de lugar do CAPS AD, por meio de uma remodelagem das assembleias, já existentes, que se tornaram palco desta luta.

Ainda que, a piora da deterioração do CAPS, seja outra variável, que ocorreu sem o nosso controle, entendemos como possíveis efeitos da GAM, nos usuários, um reforço em contribuição para este lugar de reivindicação de direitos, em prol de um serviço de saúde adequado e de qualidade, para acolhimento das pessoas com problemas decorrentes de álcool e outras drogas. Tem muitas lutas que se engajaram, os usuários estão participando mais na Universidade, há um engajamento conjunto dos trabalhadores com os usuários do CAPS em assembleias.

Por fim, a estratégia GAM, como proposta metodológica, se revelou uma potente ferramenta, que sintoniza com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da RD e tem avançado em um terreno pouco explorado - o desafio de avançar no terreno dos direitos dos usuários, problematizando o uso de medicamentos da centralidade da atenção em saúde mental e promovendo maior apropriação das informações necessárias para a condução cogestiva do cuidado. Destacaremos a seguir alguns relatos de usuários e moderadores, após o processo do grupo GAM ter sido finalizado.

Não consigo imaginar trabalhar no CAPS sem a GAM, estou assustada só de pensar (MODERADOR 2)

Agradeço pela oportunidade de ter compartilhado esse momento com todos vocês, aprendi muito (MODERADOR 3)

Bem produtivo, embora não tenhamos conseguido sustentar um grupo fechado. Vejo que os usuários procuram atividades com começo, meio e fim. Foi válido (MODERADOR 1)

melhorou minha relação com o médico, facilitou o diálogo, agora sei um pouco mais sobre os meus direitos (USUÁRIO)

eu aprendi a persistir no que eu quero (USUÁRIO)

esse grupo GAM veio no momento certo, tava abusando dos medicamentos do jeito que queria (USUÁRIO)

com mais conhecimento é possível conversar com o médico (USUÁRIO)

é importante ter mais conhecimento sobre os medicamentos, fica mais fácil entender os sintomas (USUÁRIO)

eu quero parar de usar medicamentos (USUÁRIO)

eu tô me perguntando. Será que foi a droga que fez isso comigo ou foi outra coisa? (USUÁRIO)

A desintoxicação das drogas tem me ajudado. Eu sempre preciso conversar com alguém sobre o meu tratamento. Amanhã tenho consulta médica e depois vou conversar com minha referência, que me sinto mais à vontade (USUÁRIO)

Quem escreveu isso? Fui eu? É isso que aconteceu comigo! é isso que me acontece aqui [O usuário se referia a um depoimento que dizia que a GAM ajudou na auto-estima e na confiança e de conhecer um pouquinho mais sobre o medicamento, e se identificou] (USUÁRIO)

Eu aprendi a me perguntar e perguntar também sobre a medicação que eu estou tomando. Verificar meu diagnóstico e se houve evolução ou involução. Maior consciência em poder interferir na negociação do medicamento. Criar um prognóstico para ver se consigo zerar a medicação (USUÁRIO)

me sinto à vontade neste espaço (USUÁRIO)

Contribuímos assim com alguns desafios, potencialidades, e peculiaridades do campo AD, que nos foram evidenciados a partir e durante o processo de implementação da estratégia GAM no CAPS AD, a fim de subsidiar a transformação das práticas de cuidado e novos dispositivos GAM, no campo álcool e outras drogas e nos demais campos, e comunga com o que diz Rosa et al. (2020), sobre a importância da difusão desse conhecimento do campo álcool e outras drogas pros demais pontos da Rede de Atenção Psicossocial, tendo como base a inseparabilidade das substâncias psicoativas.

5.2 Diálogo entre usuários e trabalhadores do CAPS AD

Neste momento, apresentaremos as reflexões das temáticas indicadas nos núcleos argumentais de trabalhadores e usuários, a fim de colocá-los em diálogo, a partir de alguns pontos de aproximação e distanciamento, percebidos durante o processo de análise e interpretação dos dados produzidos.

Consideramos aproximações, os discursos de trabalhadores e usuários que apresentaram certa complementaridade ao se relacionarem, não são no sentido de homogeneidade, há contrapontos e de distanciamentos, discursos que se desconectam, a partir primariamente das experiências de partida, pois há um hiato entre a realidade social dos atores da pesquisa, que podem afastar a construção conjunta de respostas as dificuldades vividas. Vale dizer ainda, que os grupos entre si, não são homogêneos, há distanciamentos, entre os trabalhadores e entre os usuários, portanto, também marcamos estes pontos, ainda que não tenhamos nos aprofundado

Destacamos a arbitrariedade de separar aspectos tão interligados, mas que nos pareceu necessário para melhor compreensão da análise realizada. A leitura, portanto é proposta menos como enquadramento, pois assim não seria fidedigna, já que as relações apresentadas não são estáticas, sendo apenas uma escolha estrutural para apresentação da discussão, a fim de compor uma proposta comum para transformar o cuidado, que será guiada pela voz e necessidade dos usuários.

Em seguida, apresentaremos o que consideramos de pistas para pensar proposituras para reorganização das práticas e dos serviços. Por fim, tecemos algumas considerações finais sobre os achados da pesquisa.

5.2.1 *Distanciamentos*

5.2.1.1 Origem e finalidade do serviço

Em referência a concepção de um CAPS AD, segundo as bases epistemológicas que conceberam a origem e finalidade do serviço, os trabalhadores dialogaram sobre possíveis respostas para estas questões, a saber: concepção de doença, lugar de cuidado ao usuário de drogas e pra dialogar com outras equipes e sociedade.

As reflexões dos trabalhadores pautadas na “concepção de doença”, não dialogam com as premissas da Reforma Psiquiátrica, de garantir acesso ao cuidado em saúde, sem discriminação e em liberdade. Ao conceber o serviço a partir deste foco, da “epidemia do crack” – discutiremos esta temática adiante - nos distanciamos da perspectiva da integralidade¹⁷,

¹⁷ A integralidade, conforme determina a Lei Orgânica de Saúde 8.080/1990, que institui o SUS (BRASIL, 1990), é um de seus princípios doutrinários. Utilizaremos esta definição: “A integralidade como conceito estrutural e

considerado princípio norteador para entendimento das necessidades dos usuários e elaboração de respostas efetivas, que considerem os aspectos da vida do sujeito (história, valores e desejos) e que não se limita a “doença” (AYRES, 2009).

e aí o pensamento da epidemiologia do crack, que é uma doença, né? uma epidemia, tra lá lá, vai justificando mais ainda na questão de ter um local específico pra cuidar dessa doença, como se fosse uma TB, como se fosse, né? porque o pensamento foi construído dessa maneira, muito em relação ao crack, me veio essa história da epidemiologia do crack, enfim, é uma coisa que eu me questiono sempre por que um CAPS AD, mas é um desafio pensar nisso (TRABALHADOR)

Segundo Costa et al. (2015), a revisão de literatura sobre o papel do CAPS AD, na rede de atenção ampliada e intersetorial, aos usuários de drogas são escassas. Os estudos concentram-se na avaliação de suas estruturas, propostas de atenção e resultados da assistência. Contudo, se faz necessário mais pesquisas nesse âmbito, devido à complexidade da temática do uso de álcool e outras drogas, enquanto um problema multifatorial, que implica uma série de determinantes sociais e que apenas a área da saúde não consegue abranger sozinha tamanha problemática.

Segue-se a isso, um estudo recente, que avaliou o papel do CAPS AD, sobre a rede de atenção aos usuários de drogas, de Juiz de Fora, Minas Gerais e concluiu, a partir dos resultados encontrados, a centralização da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, no CAPS AD, que indica a necessidade de mudança da lógica assistencial, ainda pautada no cuidado especializado, em detrimento de perspectivas territorializadas/comunitárias (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2018).

Em decorrência dessa centralização da especialidade, os trabalhadores do CAPS AD, apontam desdobramentos que a sucedem, ao serem identificados como especialistas em álcool e outras drogas, que corroboram para a não transformação da ampliação do acesso ao cuidado do usuário de drogas, desigual aos demais, em outros serviços, em decorrência de um contexto marcado pela segregação social dessas pessoas.

mas, é, tem outra questão que as pessoas entendem que como se a gente aqui no AD fosse uma especialidade, né? que assim o tempo inteiro eles se reportam pra gente, como se a gente fosse especialista, como se a gente fosse solucionar, né e como é difícil isso, né? (TRABALHADOR)

constituente nas práticas de produção do cuidado, tem em vista um sistema de saúde centrado no usuário e que busca uma visão direcionada à idéia da totalidade do sujeito, avesso à fragmentação” (FONTOURA; MAYER, 2006, p. 534)

a gente poderia ter acesso mais oficial aos recursos do município, né? Que as pessoas pudessem ter, um pouco mais as portas abertas, acessibilidade assim (TRABALHADOR)

E ainda, os relatos dos trabalhadores, apontam que atuar num serviço especializado, não significa ter respostas prontas e padrões à demanda apresentada, haja vista a complexidade do “fenômeno das drogas”, já apontada, e que será melhor aprofundada no decorrer da discussão.

às vezes a gente não tem uma resposta pra dar naquele momento e acredito que esse seja o sofrimento da maior, da maioria dos profissionais de saúde mental, independente da profissão, é não ter uma resposta pra dar, é não se sentir qualificado pra achar uma resolução. Às vezes a pessoa vem aqui e nem quer resolver o problema, ela só quer dividir, né tirar um pouco o peso, dividir (TRABALHADOR)

No entanto, conforme trechos das falas dos trabalhadores em destaque, a existência de um local especializado - CAPS AD, amplia o acesso ao cuidado para usuários que possuem necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e também, possibilita o diálogo sobre as drogas com os demais trabalhadores da rede assistencial e com a sociedade, assim como, uma das funções dos CAPS pautada na RAPS, que é a responsabilidade pelo suporte teórico-prático a outros serviços, por meio do apoio matricial (BRASIL, 2011a). Seguem relatos de trabalhadores:

eu vejo a construção de um CAPS especificamente AD, algo contra a guerra contra as drogas... a necessidade de ter um específico AD é pra mostrar que essa guerra contra às drogas, na verdade, existem pessoas ali, pessoas que estão em sofrimento mental, então essas pessoas precisam estar em um local e devido a preconceitos e estigmas que esta população tem e acabava não sendo atendida, acredito, em lugares de saúde mental, em outros CAPS, então eu vejo que aí é preciso dessa necessidade específica de um CAPS AD (TRABALHADOR)

existe um CAPS AD para também dialogar com essas equipes, dialogar com a sociedade, o que, de onde nascem esses usos de substâncias psicoativas, o que de fato eles interferem na vida da gente, o quanto que as pessoas mesmo vão ficar presas nesse uso, quimicamente, corporalmente, socialmente, acho que a gente tem um papel de, disso, de firmar um uso que é da sociedade, que é construído por ela, mas que existe, que causa danos e que tem questões relacionadas então (TRABALHADOR)

Com a finalidade de dialogar com os usuários de álcool e outras drogas sobre o significado do CAPS AD em suas vidas, destacaremos alguns trechos produzidos no grupo GAM.

considero o CAPS minha família (USUÁRIO)

ir pro CAPS, estar no CAPS significa para mim estar num ambiente protegido (USUÁRIO)

O CAPS é tudo, o meu parça é meu técnico de referência (USUÁRIO)

Esses relatos nos indicam a ausência completa de acesso a outras políticas e inserções sociais e corrobora com o discurso dos trabalhadores sobre a finalidade do serviço, calcados na tradição da Saúde Mental e nas incursões históricas da Política de álcool e outras drogas, contudo, entendemos que tal achado, aumenta o papel do CAPS na ampliação de possibilidades e garantias, para além do serviço.

5.2.1.2 O trabalho e as práticas terapêuticas

No campo da atenção psicossocial, o trabalho terapêutico num CAPS é voltado para reconstruir as pessoas como atores sociais e ajudá-las a se libertarem de uma identidade estereotipada, a barrarem essa restrição de liberdade que aprisiona o ser e que tem como efeito a interiorização desse papel, que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes (ROTELLI, 2001).

que aí a pessoa, tá nessa carapuça, né, que fala? de realmente um usuário de drogas, e acaba ficando nesse ciclo e sofrendo esse ciclo e tendo recaídas e estando abstinente e com essas inúmeras palavras que usam pra questão de dependência química, que a gente não utiliza esse termo, então realmente acho que elas sofrem de questões sociais, de questões (TRABALHADOR)

Sobre o trabalho terapêutico no CAPS AD, destacamos alguns trechos, que versam sobre as práticas de cuidado, sob a ótica dos usuários, balizados pelo que tem sido ofertado no serviço— ambiência e grupos/oficinas. A ambiência é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), que para efeitos didáticos de sua implementação nos serviços de saúde, está associada a três eixos principais: a ambiência como espaço de encontros entre os sujeitos, a produção de saúde e de subjetividades, o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho e como espaço que visa à confortabilidade (BRASIL, 2017b).

Vale realçar, que estes eixos estão ancorados no conceito de ambiência pautado pela PNH, em 2006, que consiste na definição: “Ambiência na Saúde se refere ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL, 2006, p. 5). Destaco trecho de fala de um usuário sobre a “convivência” - denominação utilizada pelos usuários, mas que para efeito da pesquisa, utilizamos a denominação ambiência, termo aplicado na literatura científica sobre a temática.

queremos que os técnicos estejam mais na convivência, pois existem acordos feitos nas assembléias que não são cumpridos por muita gente e que eu não me sinto a vontade pra chamar a atenção do outro (USUÁRIO)

A crítica apresentada pelo usuário clama pela ampliação da presença e interação dos trabalhadores na ambiência, de forma disponível e atenta às demandas, como prevê os “projetos cogерidos de ambiência” no sentido de uma democratização institucional (BRASIL, 2017b). Dessa maneira, os acordos construídos nas assembléias mensais, podem ser respeitados e colocados em prática, de forma cogestiva (usuários, trabalhadores e gestão), valorizando estas dimensões diretivas, em detrimento do olhar normativo, tecnicista e regulador para a produção das ambiências, que conforme as experiências em outros serviços, têm se mostrado insuficientes (BRASIL, 2017b).

Em relação aos grupos e oficinas terapêuticas, temos que 79,4% e 43,6%, respectivamente, estavam inseridos nestas atividades no CAPS AD e considerando a trajetória profissional da pesquisadora neste serviço, evidencia-se que existe uma agenda de atividades (grupos e oficinas) durante todos os períodos de funcionamento do serviço. Os trechos das falas de usuários destacados tratam da solicitação do retorno das oficinas manuais, que ecoa na fala dos demais participantes do grupo GAM, assim como reconhecem o trabalho dos técnicos que coordenam algumas atividades.

E as atividades manuais aqui no CAPS, precisa de mais atividades, coisas diferentes, aprender coisas novas, faz muita falta e faz diferença. Lembra dos grupos da TO? (USUÁRIO)

o grupo de leitura é muito bom, a profissional é muito dedicada e se esforça muito para a gente entender (USUÁRIO)

a educação em saúde, a técnica é bem próxima, engraçada, competente, ela passa vídeos e depois fazemos as discussões (USUÁRIO)

As avaliações feitas pelos usuários das práticas de cuidado, de forma geral, se resumem às que são realizadas dentro do serviço. Ainda que, existam ações de cuidado extra-muro, no território, como passeios e acompanhamentos de usuários à demais pontos da rede de atenção e que duas trabalhadoras (trechos em destaque) clamem por um veículo e uma quadra para realizar atividades, emergiram poucas falas dos profissionais sobre atividades no território e nenhuma dos usuários, agenciadas pelo CAPS AD. Entendemos que um quadro repleto de atividades dentro do serviço, dificulta pensar em outras estratégias de cuidado no território. Para abordar estas questões, dialogaremos com alguns autores que se debruçaram sobre essa temática.

Tô pensando numa coisa simples, que eu acho que falta no CAPS como ele teria que ser, é ter um veículo próprio, veículo próprio, uma coisa simples, que a gente pudesse ir à praia, eu acho que o esporte é uma forma, o esporte é muito importante, dá um espaço muito grande na vida das pessoas, né? E a gente tem que conseguir entrar nas brechinhas, eu acho que o esporte é excepcional para isso. Hoje foi, fomos lá à tenda, adoraram, chegaram aqui como? Não falavam em outra coisa, ampliar isso, se não tem passe não dá, se ta chovendo não dá, uma coisa assim (TRABALHADOR)

Uma quadra, ou então a gente poderia ter acesso mais oficial aos recursos do município, né? Que as pessoas pudessem ter, um pouco mais as portas abertas, acessibilidade assim (TRABALHADOR)

Para Saraceno (2001), é pela via da reabilitação psicossocial, que se produzem novas possibilidades e projetos de vida para as pessoas com sofrimento psíquico. A reabilitação é um processo que compreende o sujeito e sua relação com o plano individual, familiar e social. Este processo implica a abertura para negociação destes três eixos: no individual – da desestruturação em direção à identidade; no plano familiar – da expulsão em direção à aceitação e no social – da marginalização rumo à inserção.

Partindo da contribuição do autor e dos achados da pesquisa, é essencial para um serviço que se encarrega de atender as necessidades dos usuários, que o trabalhador opere na mediação entre a família e a sociedade, explorando todos os recursos psicossociais disponíveis no território, considerando que as necessidades dos usuários de drogas são complexas, e para tal, as ações não podem estar todas dentro do serviço, ao contrário.

Segundo Lancetti (2015), o autor refere que o trabalhador de um CAPS AD deve ter “plasticidade psíquica”, um conceito que o autor nomeia contrariando a rigidez psíquica e nos diz que é uma característica singular de algumas pessoas, imprescindível para lidar com a angústia das mal chamadas “recaídas” – termo cuja relevância será explorada adiante - ou das manipulações, roubos, traições e sofrimento. A denominada “baixa exigência”, que implica na ação de acessar os usuários de drogas onde eles estiverem, opera com alta exigência dos trabalhadores de saúde mental para alcançar uma leitura correta da demanda.

Lancetti (2015) também nos fala de uma espécie de “atletismo afetivo”, conceito enunciado primeiramente por Antonin Artaud¹⁸, que nos remete ao corpo do terapeuta, comparando com a potência do corpo do ator, que busca o corpo do seu interlocutor, se aproxima, escuta, olha, toca..., não dá sermões e se interessa pela biografia do usuário, onde os outros vêem uma droga ele enxerga uma pessoa. Dessa maneira, há uma disposição para bancar as repetições de

¹⁸Antoine Marie Joseph Artaud, conhecido como Antonin Artaud (Marselha, 4 de setembro de 1896 - Paris em 4 de março de 1948) foi um poeta, ator, escritor, dramaturgo, roteirista e diretor de teatro francês de aspirações anarquistas. O conceito de atleta afetivo está presente na obra “Um atletismo afetivo” (ARTAUD, 2006).

vidas, por vezes violentadas, institucionalizadas e injustiçadas, que apenas com o tempo produzirão modificações.

Para uma prática terapêutica pautada na integralidade, Rotelli (2001, p. 98), nos alerta:

A dura guerra contra as instituições descontaminadas, inúteis ou nocivas, fruto do higienismo médico tradicional, implica que a instituição inventada, que faz reviver a riqueza do objeto pobre, seja feita de “atravessar”. Teremos, para isso, necessidade – para uma prática terapêutica – de artistas, homens de cultura, poetas, pintores, homens de cinema, jornalistas, de inventores de vida, de jovens, de trabalho, festas, jogos, palavras, espaços, máquinas, recursos, talentos, sujeitos plurais e o encontro de tudo isso.

Saraceno, Asioli e Tognoni (1994) propõem indicadores variáveis para avaliar as estratégias de intervenção em saúde mental, assim como a evolução da enfermidade, e classifica esses elementos em variáveis fortes e variáveis sombra. Os primeiros compreendem o diagnóstico; idade; agudeza ou cronicidade do quadro e história da enfermidade e as variáveis sombra compreendem alguns fatores que se relacionam: recursos individuais do usuário (capacidade intelectual e grau de informação), rede familiar e gênero; recursos do contexto (relacionamento familiar, condição social da família, meio onde vive; recursos do serviço de atenção (materiais, organização, processos de trabalho e de gestão) e recursos do contexto do serviço (solidariedade da rede local, outras organizações, sistema de saúde) (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 1994).

O autor, nos alerta que geralmente as variáveis sombras são consideradas menos importantes quando considerada a estratégia de intervenção e a evolução da enfermidade, no entanto, o que irá determinar a melhora do quadro, será a existência e/ou influências das variáveis sombras. É um equívoco pautar o diagnóstico como única variável, são vários os elementos que se correlacionam entre si, o diagnóstico pode auxiliar o tratamento farmacológico, mas não estabelecer estratégias de intervenção mais complexas (SARACENO; ASIOLI; TOGNONI, 1994).

porque eu acho que não se trabalha muito com a causa sabe, a causa fica em prol do, só do uso da droga, acho que fica muito focado na droga, e a causa, nem o próprio paciente consegue buscar e resgatar, ah tá, e aí você fala pros pacientes às vezes trancar a droga e ela não é a causa, é o remédio (TRABALHADOR)

Os trabalhadores do CAPS AD preocupados em responder, em solucionar a demanda do usuário, seja de forma breve e prática, ou descrentes de que existam formas de cuidar, quando o sofrimento do usuário é intenso, podem, na ânsia de não saber o que responder, mas tendo que responder algo, complexificá-lo ainda mais. Destaco trecho do diálogo entre os trabalhadores, que versam sobre estas inquietações, que rondam os profissionais da equipe.

a gente fica num místico de coisas, e aí a gente vai vivendo esse místico também, que se o cara usa o crack já era e aí a gente não tem armas pra lidar com as questões que vão chegando, assim, a gente fica preso em achar que se usou o crack já era e não tem mais o que fazer, assim, meio que fantasiosamente, sem saber exatamente o que que de fato rola, o que o cara realmente usa (TRABALHADOR)

Para Lancetti (2015), o consumo do crack pode ou não ser considerado uma epidemia, segundo as inscrições históricas sobre este conceito da epidemiologia, o que nos interessa neste estudo, é a maneira como a questão é tratada e os impactos na abordagem clínica das pessoas. Olhar o consumo do crack, a partir do prisma da medicina, e caracterizá-lo como doença crônica e incurável é um viés reducionista e perigoso, que aliado ao proibicionismo e a mídia, incide nos processos de subjetivação dos usuários e na medida em que os reconhecemos como processos sociais e históricos, assumimos a necessidade de focar a relação da sociedade com a loucura, nesta pesquisa, com as “drogas”, de modo a legitimar o poder contratual do “drogado” (BASAGLIA, 2010).

A partir dessa contextualização sobre o crack, aproveitamos para expandir esse prisma reducionista para outras drogas ilícitas, de modo que, o profissional guiado por esta óptica, pode sentir-se impelido a produzir respostas rápidas e que resolvam o problema. Essa fissura por dar respostas imediatas e de forma simplificada, Lancetti (2015) nomeia de Contrafissura. As soluções comumente utilizadas pelos trabalhadores nestes contextos são as internações e as práticas medicamentosas/medicamentação dos usuários de drogas.

Atentamos para o fato, que a Contrafissura pode desencadear uma alta exigência dos trabalhadores em relação aos usuários, para que, estes últimos, também respondam brevemente as ofertas oportunizadas pelos serviços (LANCETTI, 2015). Essa ânsia dos profissionais, em uma sociedade proibicionista, pode impelir que os usuários mintam sobre o uso/abuso das substâncias, que evitem aparecer no serviço, quando estão no uso/abuso, encobrendo inclusive o desejo de não querer parar de usar drogas (SURJUS, 2019).

O fenômeno da Contrafissura também pode ser considerado uma das causas das criações das CT, locais estruturados, geralmente isolados geograficamente, pautados na moral e na lógica da abstinência (LANCETTI, 2015). A partir dos dados produzidos, encontramos apenas uma menção feita sobre a CT pelos trabalhadores, que ao definirem o CAPS, contrastaram com o modelo da Comunidade. Ressalto que não havia no roteiro disparador do grupo focal nenhuma menção a este modelo de tratamento.

o CAPS acho que mais do que uma CT, que é uma instituição privada da liberdade, acho que, essa coisa de tá no território, de trabalhar com eles no próprio território, acho que de resgate talvez dentro do ambiente dele, né?... dos laços, de reconstruir laços (TRABALHADOR)

No entanto, também não havia nenhuma menção sobre CT no Guia GAM-BR, e este modelo de cuidado apareceu bem presente na vida dos usuários do grupo, destacaremos alguns trechos que abrangeram a diversidade de experiências neste local.

a gente tem que se responsabilizar pelos erros e por dizer não ter conseguido ficar bem fora da Comunidade, a culpa é exclusivamente minha por não ter conseguido (USUÁRIO)

gente precisa seguir as regras, tem hora pra acordar, dormir, pra as atividades, mas pelo menos eu consigo comer e dormir tranquilo (USUÁRIO)

depois de um tempo na Comunidade começo a me sentir preso e tem uma hora que a gente precisa sair (USUÁRIO)

os primeiros dias na CT são bem difíceis, por conta da abstinência da droga, já fui sem medicamentos, é terrível, terrível passar os primeiros dias (USUÁRIO)

me sentia útil na CT, o pastor da xxx confiava em mim, depois de um tempo, eu cuidava do dinheiro, da alimentação, fazia as compras no centro (USUÁRIO)

Já fui internado umas quatro, cinco vezes, é a única coisa que até hoje me fez romper o ciclo do uso da droga (USUÁRIO)

Segundo a Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, o modelo de atenção asilar foi redirecionado para uma RAPS, estruturada em serviços comunitários e abertos (BRASIL, 2001). A internação em CT fere os direitos dos usuários no que se refere a um cuidado em liberdade, no território. Entretanto, conforme os achados, ainda que o trabalhador acesse as necessidades dos usuários de substâncias, por vezes, a resposta é fora rede, com encaminhamentos a CT, cujo desdobramento, é a descontinuidade do cuidado em saúde durante o período da internação.

Os usuários, nas CT, são desconsiderados nas suas necessidades específicas, descontextualizados do seu cenário cultural, ficando à mercê da arbitrariedade institucional e da homogeneização das ações. Somado a isso, a formulação e a implementação das políticas públicas do campo álcool e outras drogas caminham de forma excludente (especialmente a população pobre) e manicomial (REGO et al., 2017). Será que basta o usuário manifestar o desejo de se internar pro médico e pra equipe? De fato é a única possibilidade para alguns casos?

Considero a partir da experiência vivida no CAPS AD, que existe crítica dos trabalhadores ao modelo de internação em CT, mas que a fragilidade da rede de cuidado intrasetorial, como a inexistência de um CAPS – modalidade tipo III, e outros pontos da RAPS-UA, a garantia de leitos em hospitais gerais - e de investimentos públicos nas políticas de garantia de direitos no município de Santos, faz com que tal prática seja acionada.

As justificativas dos profissionais pelos encaminhamentos dos usuários às Comunidades Terapêuticas versam sobre avaliação da necessidade de acolhimento integral, da demanda por conflitos familiares, riscos (dívida com o tráfico, ameaça de morte) e demandas sociais (abrigo/moradia), ainda que seja sabida a ineficácia e ineficiência das “internações” em Comunidades Terapêuticas para atender efetivamente as necessidades das pessoas que possuem desdobramentos referentes ao uso de álcool e outras drogas. Estes apontamentos relacionados à CT dialogam com produções de mestrado dos últimos dois anos desenvolvidas neste serviço. (SOUZA, 2018; THOMÉ, 2019).

De acordo com os dados obtidos através do levantamento dos prontuários do CAPS AD, 74,4% dos usuários participantes da GAM estão em situação de rua¹⁹ e 51,3% foram encaminhados para a CT em algum momento de seu tratamento. Segundo os relatos, os usos feitos por estas pessoas nas Comunidades Terapêuticas são para atender necessidades básicas como moradia, alimentação, higiene, vestuário e, como costumam dizer, para dormir com os “dois olhos fechados”, dando indícios que tais encaminhamentos são para atender demandas sociais.

Segundo a Lei Complementar nº141/2012 (BRASIL, 2012d, s.p.), que dispõe sobre as despesas com ações e serviços públicos de saúde, em seu art. 2º apresenta as seguintes diretrizes “I. sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito”, neste inciso, já aparecem inconsistências, pois se só são encaminhados usuários que optam pela abstinência, não é de acesso universal e no “III. sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população”, estes incisos nos apontam a contradição das internações nas CTs, sob justificativa de tratamento, com recursos financeiros oriundo da saúde, pra responder a questões sociais (BRASIL, 2012d, s.p.).

¹⁹ Segundo o Decreto nº 7.053 (BRASIL, 2009, s.p.) consideramos a seguinte definição para a população em situação de rua “O grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as UA para pernoite temporário ou como moradia provisória.”

Outro ponto crítico no município de Santos, no que tange principalmente a população em situação de rua, é a desarticulação com a rede de cuidado intersetorial (rede de atenção sobre drogas com a rede de assistência social), que comunga com a pesquisa realizada com gestores dos serviços da assistência social e que a articulação com o CAPS AD fora considerada muito importante para a qualificação das ações com os usuários de drogas. No entanto, afirmam que a articulação é insuficiente (BRASIL, 2012d). Este apontamento pode ser considerado outro fator que mobiliza a equipe do CAPS AD em “lançar mão” da CT para suprir demandas sociais e que conforme alguns relatos de usuários participantes da GAM, os abrigos não são enxergados pelos usuários como pontos de cuidado.

estou no abrigo também, mas lá não tem escuta, é sem conversa (USUÁRIO)

estou no albergue e lá é um descaso com a gente, desde o jeito que nos tratam até as condições do lugar que ficamos (USUÁRIO)

Comecei a recolher assinaturas para melhorias do albergue, como porta do banheiro, colocação de exaustores, melhorar a alimentação, pois direto tem pessoas com intoxicação alimentar. Eu busquei informações e vou protocolar na prefeitura (USUÁRIO)

Quase 90% da população de rua é composta por pretos e pardos (MEDEIROS, 2018). Trata-se de um importante dado, pois não se pode pensar em políticas para a população em situação de rua sem pensar na questão racial.

Segundo a caracterização dos usuários participantes da GAM, com base na autodeclaração de raça/cor, verifica-se que 33,3% são pardos (46,7% da população geral), 12,8% são pretos (8,2 % da população geral), totalizando 46,1% de população negra (pardos e pretos) no grupo. Declararam-se brancos 51,3% (44,2% da população geral) e amarelos 2,6% (1,1% da população geral - amarelo e indígena) (IBGE, 2017).

Outra solução comumente utilizada, seguindo a lógica da Contrafissura, são as práticas medicamentosas (LANCETTI, 2015). É relatado pelos profissionais do CAPS AD, que o tratamento farmacológico por vezes pode mais atrapalhar o processo do cuidado do que ajudar; que a introdução do fármaco significa trocar uma droga pela outra; que há uma crença que a medicação funciona como uma pílula mágica pra resolução dos problemas; que o medicamento pode auxiliar no cuidado, quando é identificada uma doença de base, como depressão e ansiedade. Entretanto, em se tratando das práticas, verifica-se que existe uma porcentagem altíssima de usuários em que a oferta é o atendimento médico, que quase sempre vem acompanhado por uma droga psiquiátrica (WHITAKER, 2017).

Conforme a caracterização dos usuários que participaram do grupo GAM, a porcentagem de usuários do CAPS AD que passam em atendimento médico e que resulta em prescrição de medicamentos é de 95%. Verifica-se que, embora haja crítica, sobre o uso de medicação no campo AD pelos trabalhadores, ainda assim, é direcionada quase a totalidade dos casos para avaliação do campo médico. Destacamos ainda relatos de trabalhadores que apontam que se medica demais no CAPS AD.

eu acho que isso é um mais, é ingerir mais substâncias ainda, o cara fica dependente de outras substâncias, além daquela outra que ele usa porque uma não substitui a outra, se fosse o caso até faria, ah! o cara tá se organizando, o cara tá conseguindo trabalhar, tá dando conta da vida, diminuiu um pouco o ritmo com a outra substância, daí eu pego, aí teria um ganho sabe, aí tudo bem, tá tendo um prejuízo, mas teria um ganho, a outra droga tá dando de fato teoricamente, uma qualidade de vida mesmo (TRABALHADOR)

Inferimos que o agendamento médico realizado pelo profissional ocorre, por ser esta prática, uma resposta rápida, que dialoga com o conceito de *Contrafissura*, apresentado por Lancetti (2015), e com a produção de mestrado profissional desenvolvida no CAPS AD nos últimos dois anos (THOMÉ, 2019). Avaliamos que esta prática pode não ter a finalidade/expectativa que o usuário seja medicado, mas o objetivo de compartilhar a responsabilidade do cuidado com o médico, pra que ele avalie se irá ou não introduzir um plano farmacológico. A questão é que o usuário costumeiramente será medicado e o cuidado não segue de forma compartilhada, (profissional - médico e usuário), acarretando desdobramentos importantes para o sujeito, de um uso acrítico/inapropriado das substâncias, que podem ser um risco para a saúde do usuário.

Segue-se a esse cenário, que a proposta medicamentosa é pautada na lógica da abstinência das drogas, espera-se que o usuário pare de usar drogas, o que geralmente não ocorre. Segundo Merhy (2012) as intervenções medicamentosas, podem ser consideradas advindas de processos medicalizantes, quando o aspecto “droga” é colocado em evidência no cuidado, aliado a abstinência, e passam a criminalizar o desejo do usuário, refreando-o.

Para o usuário, o medicamento, é apenas uma droga a mais:

Eu sou pilantra. Eu sei que tomar sete xxx (psicofármaco) é tóxico, vou ficar mole, mas às vezes quando não quero beber, eu tomo esse medicamento, o efeito é parecido quando estou bêbado (USUÁRIO)

vivi na floresta por 12 (doze) anos, sempre usei minhas drogas, quando estava triste sabia o que usar, quando estava muito agitado também, agora aqui na cidade é um homem que vai dizer o que eu tenho que tomar? (USUÁRIO)

E para os trabalhadores, conforme os dados produzidos, ainda que haja crítica sobre as distinções criadas pela sociedade entre as substâncias psicoativas (lícita, ilícita e prescrita), em decorrência do proibicionismo às drogas, do aspecto moral, e do saber médico, as práticas são orientadas a partir dessa barreira existente entre elas. O “medicamento” é a substância que alivia sintomas e trata doenças e as “drogas” são utilizadas pra dar prazer e como remédio pra aliviar o sofrimento, não considerando que os usuários possam fazer outros usos dos medicamentos psiquiátricos, como por exemplo, usos recreativos em busca de efeitos prazerosos (SURJUS et al., 2020).

outra coisa os medicamentos que tem aqui, o único que é específico pra droga é a Naltrexona, os outros são antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos, quer dizer não é remédio pra droga, é remédio pra tratar o cara que tá com depressão, o cara que tá com alguma psicose, então é alguma doença que o cara já tem, ou até mesmo antes de usar a droga ou que a droga potencializa nele, não é o uso, remédio pro uso da droga, é o remédio pro uso que a droga, a doença, outras doença que a droga acomete nele, não tem um remédio específico pro uso de drogas, é ansiolítico, antidepressivo, antipsicótico, que mais, é pra é...? (TRABALHADOR)

Eu acho que a, neste momento o princípio ativo, né? seja necessário em alguns casos, não acho que é todos, mas acho que é necessário sim... Por exemplo, um paciente que tem como transtorno de base, uma ansiedade, uma depressão, né, muito severa, né? E aí vai ter que tratar essa depressão, né, assim, tem patologia de base, né, esse trabalho despatologiza, mas tem momentos que a gente tem de pensar mais assim, né, tratar é, tem uma desordem química sim, existe, eu acho que o medicamento psicotrópico, em alguns casos é importante, né, pra melhorar a qualidade do sono, é, nos momentos para uma desintoxicação do álcool, por exemplo, que tem uma síndrome de abstinência grave e pra ajudar na desintoxicação de, até mesmo da cocaína, né? Que tem aquele efeito rebote ferrado, bom sei lá, eu acho, não em todos os casos, mas eu acho que, é importante (TRABALHADOR)

a droga não é o sofrimento, ela é o remédio (TRABALHADOR)

mas que tipo de vida as pessoas levam que o querer maior que elas têm é um prazer de três minutos assim?... , o cara usa cocaína fica lá vinte minutos bem, depois ele fica três noites noiado (TRABALHADOR)

5.2.1.3 Há desconexão do saber científico com o saber experiencial dos usuários

No contexto atual, onde o saber científico se sobrepõe ao saber experiencial, a inclusão das posições dos usuários de serviços de saúde no direcionamento dos seus tratamentos ainda está bem distante da realidade (SANTOS, 2014). Destacamos a fala de uma trabalhadora que expõe este cenário no CAPS AD:

Essa visão da autonomia na questão da medicação que eles não têm, daí isso fica centrado só no médico e tem essa coisa de não, não contrariar, às vezes no plantão, sem vínculo de referência, eles saem da consulta e vem reclamar do remédio aqui na frente, é isso, instantaneamente após a consulta e, eu acho também que ao mesmo tempo em que, as duas coisas que eu vou falar são prejudiciais e negativas, mas ao mesmo tempo que uma é claramente ruim, a outra os deixa numa zona de conforto, porque aí o responsável por tudo aquilo que ta acontecendo com ele vira o médico que prescreveu e o responsável por mudar imediatamente na hora que tem um efeito colateral é o médico, pra suprir tudo que envolve a questão do remédio é só o médico e a pessoa fica bem passiva, né? o paciente fica bem passivo (TRABALHADOR)

Entretanto, um trabalhador nos atenta, a partir da prática clínica no CAPS AD, para a valorização do saber experiencial dos usuários sobre os efeitos dos medicamentos, que no cotidiano das práticas de cuidado, permanece à sombra do saber científico, difundido sobre as substâncias psicoativas nos meios acadêmicos e reverberando no trabalho. Destacamos alguns trechos:

às vezes eu já fui pro atendimento pensando nisso ah uai então, na, na, na, na, na, na, na, aí o cara começa a relatar as coisas e você fala, mas não tá encaixando não, você tem certeza? você usa mais alguma coisa? é só o álcool mesmo? eu acho que vai muito nessa experiência, né? (TRABALHADOR)

Eu acho que tem isso, mas eu acho que tem também da experiência de cada um, porque assim, a gente sabe, um é estimulante, o outro, ansiolítico, depressor e às vezes você começa a conversar sobre a experiência da pessoa e você fala assim nossa você toma isso pra relaxar, pra dormir, sabe, e aí você vai entendendo que assim como os psicotrópicos, os medicamentos também, eles também estão agindo muito, é de acordo com a pessoa ou com o momento da pessoa, é claro que existem coisas que balizam que a gente sabe que é padrão, mas pra mim eu entendo muito mais com uma questão que como a pessoa vivencia aquilo, e o momento que ela tá vivenciando (TRABALHADOR)

5.2.1.4 Legalização das drogas

Essa pobreza enclausura a busca por novos experimentos que sempre conviveram com a humanidade, como sempre foi o uso das drogas, na busca de novas experimentações para as emoções, afetos e desejos. De modo hipócrita essa mesma sociedade controladora recusa qualquer discussão sobre legalização ou descriminalização nesse campo. Ao contrário, constrói mecanismos para que o uso das drogas seja crime a priori, empurrando os usuários de drogas para um “lugar de não humano”, nas margens dos espaços societários autorizados (MERHY, 2012, p. 15).

Para Nery Filho (2009) todas as drogas, sem exceção, deveriam ser legalizadas. Com a legalização, seria possível abrir salas protegidas para o uso; orientar as pessoas e até, quem sabe, monitorar salas de uso de crack, seria melhor do que presenciar o que tem acontecido: pessoas se matando, roubando e se prostituindo atrás de uma pedra de crack; o cenário de

violência relacionada com o comércio e com o tráfico praticamente desapareceria. O autor acredita ainda, que o consumo de drogas ilícitas diminuiria. Um trabalhador do CAPS AD dialoga com Antonio Nery, no que se refere à liberação do uso, com intuito de ampliar o cuidado ao usuário de drogas.

E aí eu começo a divagar assim, né, pensar que a galera mistura droga com tudo quanto é coisa pra render, pra usar mais, pra vender, pra virar dinheiro, não sei o que, acho muito complicado a gente lidar com o que a gente não sabe que é, não sabe o que eles estão cheirando na real, se é pó de granito, se é fermento Royal, se é farinha de trigo, eles não sabem, nem eles sabem, e aí eu acho isso muito complicado... a gente deveria falar mais sobre o uso em si, onde eles devem usar (TRABALHADOR)

Mas, pra ter isso primeiro tinha que ser liberado o uso da droga, pra ter tudo isso, teria que liberar o uso da droga pra depois existir essa possibilidade (TRABALHADOR)

eu acho que deveria liberar o uso pra gente poder regulamentar (TRABALHADOR)

Há certa heterogeneidade no discurso entre os trabalhadores, existem relatos de não concordância com a legalização do uso das drogas no cenário atual brasileiro - ainda que o termo utilizado tenha sido “descriminalizar” – o profissional acredita que haveria aumento do sofrimento, diz ser necessária à priori a abertura pro diálogo, analisar os prós e contras e ainda, outro trabalhador refere sobre a regulamentação das drogas que seria para as classes sociais mais abastadas.

Eu sou a favor, eu concordo com a questão, de discutir, de se falar abertamente, de saber o que se vai fazer, os prós e contras, eu também uso minhas drogas como todo mundo na sociedade, né? só que, eu acho assim, que a descriminalização, só chegar lá e assinar um documento e falar pronto, agora, pode tá liberado, eu não acho que vai dar certo, porque não tem uma estrutura montada pra receber isso, né? Pode ser que um dia, a resposta seja descriminalizar, mas eu acho que tem que entrar num processo, tem que caminhar pra isso, então tem que pelo menos ter abertura pra começar falar, pra questionar, pra perguntar, pra conhecer, agora liberar do jeito que as coisas são, acho que vai aumentar o sofrimento (TRABALHADOR)

Eu acho que não mudaria essa questão, não, porque, por exemplo, o cigarro é regulamentado, e aí o pessoal fuma esse cigarro do Paraguai (TRABALHADOR)

mas diminuiu muito, o uso do cigarro diminuiu muito, eu acho que em função da campanha que se fez..., se falou muito, se restringiu as áreas de uso, ninguém é proibido de fumar, só que tem alguns critérios (TRABALHADOR)

mas quem fumaria baixa renda, fuma esses que chamam de baixa renda que é dois reais o maço e você não sabe nem o que tem ali, né? (TRABALHADOR)

Para Nery Filho (2009) não há outra forma de comércio para as drogas, que o controle legal/estatal, com cobrança de impostos, que melhoraria na qualidade da substância, na oferta controlada, que desdobraria na RD, doenças, e proporcionaria a prestação de serviço sem estigma às pessoas. E ainda, para Olievenstein, há motivos médicos, políticos e democráticos para legalizar as drogas. Os primeiros fixam-se na idéia de redução dos riscos oriundos do consumo de substâncias desconhecidas a priori e na maneira que as pessoas consomem e os demais, concernentes a transformação da identidade estereotipada dos usuários de drogas (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2004).

Concordamos com a importância de ampliar o diálogo sobre a legalização das drogas e a humanização do consumo, que impactam diretamente na ampliação do cuidado aos usuários. Nesse sentido, em dezembro de 2019, a ANVISA regulamentou remédios a base de maconha, porém o plantio em solo brasileiro foi vetado e, portanto temos que importar os componentes da planta para produzi-los. Isso favorece as grandes empresas, mas o acesso ao produto para a população de baixa renda continua reduzido, por exemplo, o medicamento a base de cannabis custa em média nas farmácias R\$ 2.800,00. Em suma, a maconha já está legalizada no Brasil, mas para os ricos.

Vai ser isso, vai regulamentar pra classe A (TRABALHADOR)

Temos presenciado no governo brasileiro em vigência, forças sociais conservadoras que tentam impedir que esse processo civilizatório se instaure, por este fim que pautamos esta questão, ainda que não tenhamos nos aprofundado.

5.3 Aproximações

5.3.1 Não é a droga o sofrimento do usuário

Esta afirmação foi marcada, repetidas vezes, no discurso dos trabalhadores; palavras e/ou expressões como preconceito, questão social, estigma, injustiça, “preso na carapuça de usuário de drogas”, falta de moradia, vergonha, medo, culpa, apareceram como possíveis causas do sofrimento do usuário de drogas.

também acho que sofrer de droga ninguém sofre, também, é, eu acho que traz o preconceito, traz a vergonha, o medo e a culpa, aí isso vai gerar esse sofrimento nessas pessoas, pelo estigma, por tudo que tá em cima da droga, que aí vai trazer realmente esses sentimentos de vergonha, de medo e de culpa e entra nesse ciclo (TRABALHADOR)

Será que foi a droga que fez isso comigo ou foi outra coisa? (USUÁRIO)

Há um contraponto no que pensam os trabalhadores sobre o sofrimento do usuário de drogas e as questões sociais.

se fosse uma questão social só, esse monte de jovem rico, cheio da grana, é que eles não são a população que a gente atende na maioria aqui, eles não teriam também tanto sofrimento, tanta angústia e isso é muita coisa que tá acontecendo, de adolescentes se suicidando, se mutilando, se machucando, se drogando, eu acho que a gente foge é de uma realidade de que a vida humana, ela traz muito sofrimento, todos nós sofremos, todos nós temos as nossas angústias, as nossas dores e acho que o grande desafio é conseguir dar conta disso, só que as vezes a angústia é muito grande e a pessoa não conseguindo dar conta daquilo e não sabendo por onde fugir, encontra uma rota de fuga né?, tanto é que nem todo mundo é viciado em drogas, alguns são viciados em sexo, outros são viciados em comida, outros são viciados em jogos, mas o que a pessoa tá procurando nessa corrida pra alguma coisa, é uma fuga, é sair daquilo que ela não tá aguentando lidar (TRABALHADOR)

Segundo o “Relatório da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes” (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2011), uma condição social privilegiada não impede o uso abusivo de drogas, mas a pobreza certamente agrava suas conseqüências. Concordando com esse aspecto, há aproximações com o que os usuários dizem sobre o próprio sofrimento, que além do já manifesto pelos trabalhadores, expressam também relações de desconfiança, desvalor e distância dos familiares/ rede de apoio, que os acometem de forma violenta, todas estas manifestações foram expressas pelos usuários no grupo GAM, como desdobramentos do uso de drogas.

Me sinto muito mal, uma tristeza profunda, daí uso a cocaína, pô me sinto melhor, mas não consigo fazer nada, quero ficar em casa sozinho. A consciência pesa muito, é errado, muita culpa! (USUÁRIO)

Tenho saudade de retornar pra família, filhos, mas a última tentativa de aproximação com eles durou três dias, logo começa a briga, eles dizem que logo vou dar uma volta e que irá durar seis meses, e toda vez que isso acontece é mais difícil voltar, não acreditam mais em mim (USUÁRIO)

Minha família não quer me ver nem pintado de ouro por conta do álcool, eu agradeço os trabalhadores deste serviço por me ajudarem (USUÁRIO)

Tava me sentindo muito mal, não quis sair de casa com medo de usar drogas e tomei três comprimidos de xx (psicofármaco) para conseguir dormir e não dormi (USUÁRIO)

Segundo Goffman (2004), o estigma é um símbolo importante de controle social utilizado na marginalização e desumanização de pessoas que não correspondem a certo ideário social. Estas pessoas estigmatizadas tornam-se desacreditáveis, não somente em referência a um círculo de pessoas íntimas, mas também a pessoas estranhas. “Então, quando um estranho nos é apresentado, os primeiros aspectos nos permitem prever a sua categoria e os seus atributos, a sua ‘identidade social’” (GOFFMAN, 2004, p. 5).

Para Ronzani, Noto e Silveira (2014), o estigma gera consequências nefastas para quem é alvo de rotulações e os impactos são amplos na vida das pessoas usuárias de drogas, percebidos na formação e transformação da identidade social, ainda que saibamos, que são avaliados e estigmatizados de modos diferentes, dependendo do tipo de substância que usam

O autor classifica estes impactos identitários em níveis sociais, que são caracterizados por problemas familiares, exclusão social, desemprego, e outras manifestações da desigualdade social e quanto aos aspectos psicológicos, apontam-se sentimentos de culpa, vergonha, raiva, angústia, diminuição da auto-estima, efeitos estes que interferem diretamente nos objetivos de vida do usuário de drogas. Ainda, segundo o autor existem efeitos desta introjeção identitária nos usuários de drogas, nos aspectos físicos, que em decorrência dos sentimentos de desvalor e incapacidade, podem ocasionar recusas dos usuários em buscar ajuda, por não enxergarem razões para tal (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014).

que aí a pessoa tá nessa carapuça, né, que fala? de realmente um usuário de drogas, e acaba ficando nesse ciclo e sofrendo esse ciclo e tendo recaídas e estando abstinente e com essas inúmeras palavras que usam pra questão de dependência química, que a gente não utiliza esse termo, então realmente acho que elas sofrem de questões sociais, de questões (TRABALHADOR)

No âmbito do cuidado em saúde, esta concepção estigmatizante aos usuários de drogas pode ser reforçada, inclusive pelas intervenções profissionais, por meio de práticas desumanizadas e discriminatórias. Este apontamento interfere de forma direta e negativa na participação do usuário em seu cuidado, pois além de não se reconhecerem num grupo rotulado, não há transformações possíveis em suas vidas, se as questões do sofrimento não forem vistas de forma singularizada. Posto isso, podemos antever que as práticas desumanizadas, possam ser consideradas os motivos do abandono e das idas e vindas dos usuários nos serviços de saúde (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014).

Embora esteja relatado no discurso dos trabalhadores do CAPS AD, o reconhecimento dos principais problemas do sofrimento dos usuários de drogas, percebe-se que na prática, nem sempre se materializa nas ofertas de cuidado, não correspondendo as reais necessidades das pessoas, ainda articuladas a uma concepção organicista dos problemas de drogas, sobretudo às pessoas em situação de rua. Questões já exploradas no subitem distanciamentos.

5.3.2 Não falamos de drogas neste serviço

Este é outro aspecto que analisamos pelas aproximações dos discursos, e é um apelo feito por alguns trabalhadores e usuários, que pleiteiam a importância do diálogo sobre as drogas, seus efeitos, riscos e misturas. Evidenciou-se a partir da implementação da estratégia GAM, a inexistência de espaços de cuidado aos quais se possa falar sobre as substâncias psicoativas de forma ampla, no CAPS AD.

é eu acho que o primeiro recurso que a gente tinha que ter e não tem é realmente essa, desmistificar as substâncias em si, a idéia da gente é sempre voltar à droga pra essa caixinha da droga, assim, essa caixinha que ela tenta ocupar (TRABALHADOR)

as pessoas estão usando uma coisa que é ofertada, que existe que a gente finge que não existe, porque não é licito, então acho que a gente devia falar mais sobre essas coisas, estudar essas substâncias que são utilizadas (TRABALHADOR)

a gente ta aqui trabalhando num CAPS AD e pouco a gente fala de fato das substâncias, do que elas fazem, quais são suas ações, quais são suas potencialidades, seus efeitos, seus tempos, as drogas, as substâncias que podem ser curativas, que podem ter efeitos, principalmente as psicoativas (TRABALHADOR)

“queremos falar mais de drogas aqui no CAPS, nos grupos (USUÁRIO)

A gente não sabe quais são as misturas que tem na cocaína. Não saber o que está usando, não causa mais dependência? (USUÁRIO)

Para o médico francês, Claude Olievenstein (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2004), a droga não fica de fora, será lida na relação, no tripé (sujeito, substância, ambiente), que são instáveis e mutantes. Para o autor, o desequilíbrio de um dos fatores da tríade é desencadeador de uma possível formação de dependência.

O que nos importa saber, é que as pessoas buscam os efeitos das drogas, e que a droga não é uma mera experiência de alterações químicas, causada pelas substâncias. Segundo Olievenstein e Parada (2004), o encontro do sujeito com a substância, é sempre um acontecimento singular. Da mesma forma, deve-se considerar o ambiente, ao qual este encontro acontece,

numa dimensão subjetiva e que abarca a realidade do ambiente físico e simbólico. Pode-se dizer, por exemplo, que num ambiente familiar, um integrante da família pode funcionar como um “fator de proteção” ou um “fator de risco”, para o consumo de substâncias.

O autor ainda nos alerta que enfatizar uma das dimensões, ou deixar de fora uma delas, gera um desequilíbrio da leitura do fenômeno das drogas. A abordagem psicossocial não suprime a droga, apenas a lê no contexto, pois é necessário que os efeitos biológicos e suas repercussões, que acometem o corpo físico sejam legitimadas (OLIEVENSTEIN; PARADA 2004). A portaria MS nº 336/2002 prevê um médico clínico e a retaguarda de leitos para desintoxicação para responder a finalidade desse aspecto físico, há casos sérios de usuários alcoolistas que evoluem para a Síndrome de Abstinência Alcoólica, por exemplo (BRASIL, 2002a).

A obra de Claude Olievenstein (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2004) às toxicomanias nos ajuda a pensar o fenômeno da dependência das drogas, ainda que não tenhamos aprofundado este aspecto na pesquisa, a grande contribuição é pensar a indissociabilidade das dimensões para a leitura das drogas, estas pistas nos ajudarão a aprofundar a discussão da organização do serviço, que é nosso objeto de pesquisa.

5.3.3 Há na postura médica uma desvalorização à biografia do usuário

Ainda que este aspecto não tenha sido aprofundado neste estudo, apontaremos alguns autores, que nos pareceram interessantes para aprofundar esta temática, pois julgamos necessário marcar estas questões, frisadas de forma evidente, em ambos os discursos - trabalhadores e usuários.

Não tem um cuidado, não tem um cuidado com aquele paciente, de escutar, fazer uma escuta de fato, e aí é só reproduzir receita e o cara vem e às vezes, nem olha na cara do médico, nem chega pega a receita ali no prontuário, aí fica uma troca e aí leva a receita, eu particularmente não acho isso um cuidado (TRABALHADOR)

às vezes é uma lista extensa de medicamentos e eu vejo o pessoal lá com sacolas de medicamentos e que tá em situação de rua, desabrigado e aí? (TRABALHADOR)

péssimo atendimento médico, não temos tempo de falar e quando conseguimos estamos sempre errados (USUÁRIO)

aqui no CAPS, o médico não se preocupa se a gente está na rua e passam um monte de medicação, que não iremos tomar (USUÁRIO)

tem médico que nem olha pra gente e já sai prescrevendo (USUÁRIO)

o médico não se importa, não dá muita atenção pra nossa vida mesmo (USUÁRIO)

Para dialogar com estas narrativas de usuários e trabalhadores sobre a relação médico-usuário, abordaremos o tema da violência, autoridade e poder, a partir de autores que se debruçaram sobre estas problemáticas, ainda que por aproximações diversas. Para tal, iniciaremos com o conceito de violência utilizado por Chauí (1985) que consiste na:

[...] conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que, quando a atividade e a fala de outrem são impedidas ou anuladas, há violência (CHAUÍ, 1985, p. 35)

Hanna Arendt (2013) nos convida a pensar sobre a noção de violência, ser vista como um meio instrumental, a deslocando, de um fim em si mesma; de uma representação de manifestação de poder; do domínio dos homens sobre os homens, como a definem alguns pensadores. Para tal, a autora desmancha o conjunto de palavras (violência-autoridade-poder) percebidas e consideradas por muitos como sinônimos e saindo do âmbito do senso comum, as destrincha, adentrando no âmbito da reflexão filosófica.

Em sua obra “Sobre a violência”, Arendt (2013) examina tais palavras, as relacionando e as retirando do âmbito da dominação, historicamente utilizadas. O poder, seguindo essa direção, é uma capacidade humana de se organizar e pensar para agir em coletivos, em comunidade, é uma habilidade humana, mas não individual e somente pertence e permanece no grupo, se o mesmo estiver unido. Se o grupo se desintegra, o poder desaparece e favorece o aparecimento da violência. Para a autora, violência e poder são termos inversamente proporcionais, pois à medida que um deles aumenta o outro necessariamente diminui.

A autoridade consiste na legitimidade indiscutível daqueles a quem se pede que obedecam, sem que para tal seja necessário algum tipo de coerção ou convencimento. O poder institucional em comunidades organizadas aparece sobre a forma de autoridade e requer reconhecimento. Sem aprovação, a autoridade é questionada, que contribui para o enfraquecimento do poder e na ânsia de mantê-los intactos: autoridade e poder, favorece o emergir da violência (ARENDR, 2013).

As considerações de Hanna Arendt (2013) nos ajudam a refletir sobre o cenário conflituoso da relação médico-usuário no CAPS AD, a partir dos deslocamentos dos termos violência, autoridade e poder, que ao serem colocados em relação, nos possibilitaram alcançar um novo horizonte de compreensão. Ao discutirmos o que chamamos de pistas, aproveitaremos esta temática para pensar as proposituras deste estudo, a partir do círculo hermenêutico de Gadamer (1997).

5.3.4 Concepção de equipe e médico

O trabalhador refere à dificuldade de acesso ao médico, faz questionamentos sobre a atuação deste profissional na equipe e conforme os dados produzidos, o médico é considerado pelos demais trabalhadores, fora da equipe e de fora dos processos de trabalho coletivo do serviço e ainda, apontam o desejo de ter um profissional mais disponível para o diálogo. Destacamos alguns trechos de trabalhadores que narram estes apontamentos.

mas a gente vai recorrer realmente ao médico, que é algo muito difícil aqui dentro, por causa das dificuldades de acessos aos médicos e as dificuldades de conversa sobre a medicação prescrita (TRABALHADOR)

é o papel também, eu acho que do psiquiatra fazer uma, ter uma avaliação com esse paciente, que ele está atendendo, se realmente é caso de dar alguma medicação, ou se é caso dele começar a fazer os grupos ou qualquer terapia que vai ser ligado ao PTS, dele, ou que está, qualquer outra coisa de técnica pra atender queira fazer por esse indivíduo, mas aí depois, é uma loucura porque você tem que, é isso a cultura mesmo da medicalização do médico, aí o médico é um reprodutor de receituário, porque ele já tem praticamente (TRABALHADOR)

a gente ter um profissional médico mais disponível pra um diálogo maior sobre as questões (TRABALHADOR)

Ao revisitarmos a tradição da RPB, relembramos os principais pontos combatidos pela luta antimanicomial e um de seus importantes lemas – a defesa da interdisciplinaridade como exigência as equipes multiprofissionais, nas políticas públicas nos CAPS (AMARANTE, 2000; BRASIL, 2001, 2002a). Este aspecto, tem sido uma potente estratégia de superação do modelo asilar e da preponderância da narrativa médica nas equipes de saúde (VASCONCELLOS, 2010).

Segundo Japiassu (1976), a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade, são conceitos de difíceis definições exatas, mas para tal, o autor partiu de análises sobre teóricos que se debruçaram sobre o conceito da disciplinaridade, que em síntese diz sobre um conjunto, ordenado, organizado e sistematizado de conhecimento específico com características próprias de teorias e metodologias. Dito isto, a multidisciplinaridade constitui a justaposição das disciplinas em um único nível, cada uma com suas metodologias e teorias próprias, é a visão de um mesmo objeto sobre diversas perspectivas, estando ausente uma cooperação entre os diversos campos disciplinares (JAPIASSU, 1976; MINAYO, 2010b).

A interdisciplinaridade representa uma forma mais elaborada da multidisciplinaridade, diz respeito à interação entre as disciplinas, sem haver dependência ou subordinação; é o diálogo e a cooperação entre diferentes áreas de conhecimento, a partir do reconhecimento de posições distintas em relação a um mesmo objeto complexo. O grau de interação das disciplinas em um mesmo projeto e a intensidade das trocas entre os especialistas pode levar a uma nova disciplina (JAPIASSU, 1976).

Para Minayo (2010b, p. 442) “A interdisciplinaridade nos despoja da vaidade unidisciplinar, mas potencializa quem dialoga e contribui para abrir seus horizontes”. Segue o relato de uma trabalhadora que corrobora com os autores:

Existe uma multi e uma inter, elas tem que se relacionar né? Se a gente trabalhar de forma interdisciplinar nossos saberes tem que estar se relacionando, né? A gente tem que começar essa troca de como trabalhar junto e essa troca de saberes vai dando um conjunto, e equipe multidisciplinar é uma equipe multidisciplinar, tem várias pessoas de várias profissões aí, há uma diferença da forma que se trabalha, isoladamente e coletivamente (TRABALHADORA)

Minayo (2010b), no entanto, nos alerta que a múltipla articulação de áreas profissionais, diz respeito à multiprofissionalidade, pois estamos diante de campos de conhecimentos e práticas e não de disciplinas propriamente ditas e ainda, uma confusão comum na área acadêmica consiste em nomear de ações interdisciplinares, a colaboração interprofissional, para a resolução de problemas.

Existe uma série de debates atuais, acerca do trabalho em equipe, que distinguem os termos interdisciplinaridade e interprofissionalidade, em que o primeiro consiste na integração entre os saberes, e o segundo na integração entre as práticas (FURTADO, 2009), de forma que essa integração seja intencional, visando à colaboração entre as diferentes profissões (COSTA et al., 2015).

Para Peduzzi et al, (2016), o que se apreendeu da análise de outros autores sobre o trabalho em equipe interprofissional, consiste em dizer que as:

características do trabalho em equipe interprofissional: comunicação e colaboração entre profissionais, definição de objetivos comuns, construção de um projeto assistencial comum, tomada de decisões compartilhadas, responsabilidade e accountability, que se refere à prestação de contas pelos resultados produzidos; reconhecimento do papel e do trabalho dos demais membros da equipe, complementaridade e interdependência das ações, autonomia profissional de caráter interdependente, flexibilidade da divisão do trabalho e das fronteiras entre as áreas profissionais, preservação das especificidades das diferentes áreas profissionais, horizontalização das relações de poder e atenção centrada no paciente/ usuário (PEDUZZI et al., 2016, p. 3).

Destacamos trechos de trabalhadores que versam sobre a concepção da equipe de trabalho, há tensão entre estes atores sobre o modo que concebem as práticas de cuidado e como elas se efetivam no serviço. Há falas de trabalhadores que negam que os saberes se relacionam e que, portanto, inexistem práticas interprofissionais no serviço.

eu também trabalhei na atenção básica com diabéticos e hipertensos, a gente tinha uma estrutura que trabalhavam o farmacêutico, o educador físico, a nutricionista, eu aprendi muito com eles, mas aí é uma situação diferente, se eu começar atender um paciente aqui junto com a psicóloga, com a TO, obviamente que eu vou começar também a aprender um pouco, mas é o que acontece? Não é. Eu também, igual você colocou um exemplo, que foi num outro lugar, essa tua vivência, ela também colocou um exemplo que foi em outro lugar, se acontecer, com certeza, com certeza, se eu começar a atender um paciente junto, com outros profissionais, eu vou começar a absorver conhecimento, mas aí é a forma, é a forma (TRABALHADOR)

Também acho isso, às vezes assim nas discussões que, multiprofissional é eu querer fazer o seu papel, acho que não é isso, eu acho que é chamar para estar junto e de repente nesse momento, um absorver o aprendizado do outro, mas não querer ser igual o psicólogo, TO, AT, eu sou farmacêutico, não tem como querer fazer o papel do outro, agora juntos, ó, nesse caso eu atendo a, esse caso precisa de um psicólogo, ô Juliana vem aqui, multiprofissional, trabalhar junto, mas não querer fazer o papel da Juliana, ou ela querer ser, não entendo assim, mas às vezes eu percebo que a idéia é essa, não sei, acho que multiprofissional é tá junto, tá junto (TRABALHADOR)

E há os que compreendem que os saberes se relacionam, e que, portanto, caminhem na direção de práticas interprofissionais colaborativas no CAPS AD.

Então gente, acho que tem muito preconceito, a equipe do CAPS, é uma equipe multiprofissional, é uma equipe multiprofissional, que tenta fazer um trabalho interdisciplinar, a gente atua assim visando o cuidado integral ao indivíduo, então esse indivíduo, ele é único então ele vai ter questões sociais, questões farmacológicas, questões físicas, questões psicológicas, tem várias coisas envolvendo o sofrimento, a vida dessa pessoa e nós como profissionais de saúde, com esta visão inter, com essa visão mais ampla, nós iremos acolher tudo que ele trouxer para nós, pode ser que eu não saiba questões de aposentadoria no INSS e eu precise de ajuda do meu colega assistente social, ou até mesmo eu tendo uma capacidade cognitiva melhor que esta pessoa, por ter uma faculdade, eu consiga ir atrás dessas respostas e fazer prestar esse cuidado ao usuário (TRABALHADOR)

e aí eu cheguei aqui e quem fazia esse grupo era a Luana, que é terapeuta ocupacional, é, e tem capacitação técnica pra isso, né? mas, aí agora várias pessoas da equipe que não necessariamente são TO, ou então educadores físicos, enfim praticam essa atividade, né? assim, aprendeu né, aprendeu um com o outro (TRABALHADOR)

trabalhar com um profissional psicólogo, me fez aprender que eu não tenho que dar uma resposta o tempo inteiro, que só o fato de eu sentar e ouvir com respeito à pessoa, né, já, ela já vai respondendo, como a Maria falou, ela já vai respondendo, ela vai falando e já vai achando a solução, né, já vai organizando o pensamento dela, então eu aprendi isso (TRABALHADOR)

posso ter um paciente e ela é enfermeira, eu não sei fazer alguma coisa de enfermagem, mas a gente pode trabalhar juntos com o meu paciente, posso falar, a Patrícia sabe, paciente é um caso pra você, a gente pode trocar, sabe você vai me fazer alguma coisa pra ele, sabe uma troca de conhecimento mesmo, a gente trabalha no caso, não é assim, absorver, não é absorver o conhecimento do outro, mas dividir práticas de saberes vamos trabalhar numa ação em conjunto, você sabe fazer isso e eu sei fazer isso, nós dois, cada um vai fazer a sua parte, aí gera o todo, é mais ou menos assim sabe, gera um todo. É um trabalho coletivo como eu disse assim e aí cada um tem que se ajeitar, a, é dela ,ela que dá conta, ela que dê pra ele, ela que faça tudo pra ele (TRABALHADOR)

Existe ainda, um questionamento profissional à configuração de equipe, que intenta operar de forma colaborativa, integrando saberes e práticas, indagando se esta seria uma configuração apropriada para o trabalho na saúde mental, como relatado na fala do trabalhador:

Eu acho até estranha a forma de atuação nossa, que todo mundo faz quase tudo, eu acho que, por exemplo, tendo uma equipe multi quando eu atendo como psicóloga uma paciente que tem uma questão social eu posso consultar ou posso trazer junto, ou posso encaminhar para a assistente social, ou como se for uma questão de medicamento, encaminhar pro farmacêutico e tal, mas às vezes acho que as coisas se misturam (TRABALHADOR)

A Saúde mental objetiva operar na lógica da interdisciplinaridade, visando a integração das práticas, de forma interprofissional e colaborativa, cujo foco do trabalho em equipe seja o paciente e que a constituição da equipe por trabalhadores de diferentes profissões enriqueça e amplie as práticas, favorecendo assim a inovação da assistência e possibilitando o intercâmbio de experiências, saberes e fazeres (PEDUZZI et al., 2016).

No entanto, nesse processo de transformação, ocorrem inúmeras discordâncias dentre os profissionais da equipe, não apenas no que se diz respeito à natureza e origem das doenças, (na nossa pesquisa, sobre o “fenômeno do uso de drogas”), mas também sobre as práticas de cuidado, que delas derivam e que guiam cada caso. Destarte, no CAPS AD, coexistem, posicionamentos ético-políticos, divergentes, sobre o tema das drogas, entre os profissionais, guiando as práticas, a partir de orientações proibicionistas ou antiproibicionistas. Posto isso, a organização institucional configura-se num cenário de combinações de princípios ontológicos, metodológicos e teóricos (VASCONCELLOS, 2010).

A organização das práticas de cuidado no CAPS AD compreende alguns arranjos organizacionais, pra fazer juz à complexidade do campo álcool e outras drogas, como a organização de equipe com técnicos de referência, os grupos de referência, os grupos terapêuticos com técnicos de diferentes formações, as reuniões de equipe; o que nos aponta que o serviço tem uma preocupação em favorecer ações interprofissionais que visem à colaboração.

5.3.5 Referência técnica

A “referência técnica” é considerada um importante dispositivo clínico do arranjo organizacional do trabalho em Saúde Mental, que tem como potencialidade a formação de vínculo, entre usuário e profissional, e seu conceito vêm sendo ampliado a partir do manual elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Neste material consta um primeiro apanhado de suas atribuições, que consiste na responsabilidade do profissional em elaborar e monitorar o PTS, o contato com a família e a avaliação periódica das metas traçadas. No entanto, existem demais estudos, que apresentam em seus resultados, demandas burocráticas acrescidas a este dispositivo de cuidado, descolados da clínica, que capturam sua potência transformadora (CAMPOS, 1999; FURTADO; MIRANDA, 2006; ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2008).

Um avanço em direção a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade é ampliar o dispositivo da referência técnica, centrada num único profissional, para uma “equipe de referência”, deslocando o poder dos especialismos e reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar. Esse novo rearranjo da equipe proporciona novas reconfigurações das relações usuário-trabalhador-equipe-família-sociedade; facilita a comunicação entre os profissionais prejudicados por limites institucionais, em prol de qualificar a atenção ao usuário, e favorece as práticas interprofissionais (CAMPOS, 1999; FURTADO; MIRANDA, 2006; MIRANDA;

ONOCKO-CAMPOS, 2008; ONOCKO-CAMPOS et al., 2009; SILVA, 2005). Vale dizer, que este arranjo organizacional em grupo foi interrompido em virtude da pandemia da COVID -19.

Destacamos relatos de usuários que versam sobre a relação com seu técnico de referência; notamos que é uma terminologia que já fora introjetada por usuários e trabalhadores e o que nos chama atenção, nas falas, é o vínculo estabelecido na relação com o profissional, ainda que, esse dispositivo de cuidado seja relativamente novo na organização das práticas, considerando o tempo de existência do CAPS AD.

Uma coisa que tem me ajudado muito é a jardinagem aqui no CAPS, me deixa bem, lembro dos momentos que trabalhei com isso e o tanto que aprendi. Minha referência tem me ajudado, tenho ido inclusive a outro serviço ajudar com o jardim (USUÁRIO)

Eu não conversei com meu médico, falei com minha referência, ela não soube me dizer e falou pra eu perguntar pro médico (USUÁRIO)

O CAPS é tudo, o meu parça é meu técnico de referência (USUÁRIO)

[O quinto passo do guia GAM “Por onde andamos” - página nº 83- possui uma questão “Com quem você se sente mais à vontade para expressar seus sentimentos?”. A resposta dos usuários foi unânime] com a minha referência [exceto um usuário que mencionou a esposa. Vale destacar, que neste dia a participação da população em situação de rua foi maciça] (MODERADOR; USUÁRIO)

Foram poucas as menções sobre referência, relatadas nos discursos dos trabalhadores. Ainda que não tenha sido explicitamente perguntado, constava no roteiro do grupo focal que os trabalhadores falassem sobre a organização das práticas de cuidado no serviço. O trecho abaixo aborda o tema sobre referência.

Essa visão da autonomia na questão da medicação que eles não têm daí isso fica centrado só no médico e tem essa coisa de não, não contrariar, às vezes no plantão, sem vínculo de referência, eles saem da consulta e vem reclamar do remédio aqui na frente (TRABALHADOR)

5.3.6 A prescrição de medicamentos e seus desdobramentos nas práticas de cuidado

A prescrição de medicamentos produz desdobramentos danosos aos usuários de drogas, quando segue a lógica absenteísta, já exploradas previamente nas práticas terapêuticas. O acréscimo de substâncias psicoativas as já utilizadas pelos usuários, sem a devida atenção à sua biografia, sem os cuidados e orientações devidas, promovem a autogestão de medicamentos de forma não corresponsabilizada. Para Rotelli (2001, p. 3):

O olhar médico não encontra o doente, mas a sua doença, e em seu corpo não lê uma biografia, mas uma patologia na qual a subjetividade do paciente desaparece atrás da objetividade dos sinais sintomáticos que não remetem a um ambiente ou a um modo de viver ou a uma série de hábitos adquiridos, mas remetem a um quadro clínico onde as diferenças individuais que afetam a evolução da doença desaparecem naquela gramática de sintomas, com a qual o médico classifica a entidade mórbida como o botânico classifica as plantas.

Nesse sentido, o usuário vincula à droga prescrita e não ao médico. Em decorrência deste cenário, sucedem incontáveis solicitações dos usuários nos plantões do CAPS AD, para atendimentos médicos, em virtude dos desdobramentos gerados pelo uso inapropriado/acrítico das substâncias psicoativas, como: efeitos prejudiciais causados pelas interações entre as substâncias e os riscos à saúde associados a estas combinações. Segue relato de usuário, em alusão a situações que geram estes desdobramentos:

Estive no médico, tava tudo bem comigo, me perguntou se eu estava dormindo bem, eu disse que sim e quando estava acabando a consulta, falou assim: - Vou acrescentar mais este aqui e acrescentou o quinto medicamento, a carbamazepina, eu já tomava quatro, não tinha nem idéia pra que era, só sei que passei muito mal, tive tonteira, zozzeira, quase caí duro no chão [Posteriormente a esta fala, outro usuário faz um apontamento e diz assim] tem uma coisa aí, você devia ter perguntado pra que era essa medicação, não devia aceitar assim, pois além de tudo, você tá falando que essa medicação te fez muito mal (USUÁRIO)

O acolhimento destas demandas é realizado por técnicos de plantão, que em geral agendam consulta para o médico, pois muitos técnicos não se sentem capazes de fazer orientações neste âmbito, ou contactam o técnico de referência do usuário, quando há, que comumente, também resulta em agendamento de consulta médica, ainda que, ambos - trabalhadores e usuários - saibam que o cerne da questão não será resolvido pelo profissional médico. Destacamos trechos de trabalhadores que aludem a esta questão:

Eu acho que, eu como terapeuta ocupacional e muitos profissionais aqui, também não tem muito conhecimento sobre cada medicação, porque, quando uma pessoa vem com problemas relacionados ao uso da medicação, a gente consegue acolher, consegue fazer essa escuta, mas a gente vai recorrer realmente ao médico, que é algo muito difícil aqui dentro, por causa das dificuldades de acessos aos médicos e as dificuldades de conversa sobre a medicação prescrita, então a gente fica com as mãos muito atadas mesmo (TRABALHADOR)

a pessoa não sabe sobre a medicação, aí ela toma de um jeito qualquer e a gente marca o médico pra, na expectativa que esse médico dê uma orientação, que ele não vai dar que no fundo a gente sabe que ele não vai dar, aí ele não dá e a pessoa volta e a gente também não sabe direito como orientar, aí volta pro médico aí, é esse ciclo sem fim, assim, muitas pessoas se perdem nesse caminho, muitas pessoas fazem uso de outras formas, do serviço inclusive, não só da medicação, assim né (TRABALHADOR)

a pessoa vem, ah, eu não estou conseguindo dormir com essa medicação, que é feito? é remarcada a consulta médica pra ela passar no médico e tentar por ela mesma conversar com o médico sobre isso, então a gente tem a sorte que consiga conversar, ah e agente ainda orienta, ah então conversa, fala pro médico que você ta sentindo, isso, isso e aquilo, de acordo com os sintomas que a pessoa ta falando pra gente, fala que você já ta, quanto tempo você ta tomando, ah, já to tomando há um mês e acho que não deu efeito, então conversa com o médico se demora mais pra ter o efeito ou não, coisa que nem a gente tem essa informação de quanto tempo a medicação daria algum resultado, ou coisas assim, eu pelo menos, eu me sinto muito ignorante em relação a esse tema, a questão da medicação (TRABALHADOR)

se o paciente chega até mesmo pra mim e fala que não ta conseguindo dormir com determinado remédio, eu não vou poder fazer nada também, além de orientá-lo a voltar no médico e questionar o remédio, né? A gente, farmacêutico, tem essa autonomia? (TRABALHADOR)

Estes apontamentos sobre os desdobramentos gerados nas práticas de cuidado no serviço a partir das prescrições de medicamentos psiquiátricos no CAPS AD serão resgatados adiante no subitem pistas para pensar proposituras, a partir do conceito de cogestão e da interprofissionalidade.

5.3.7 O prazer do usuário de drogas

Destacamos o tema do prazer do usuário de drogas, a partir da ênfase dada pelo trabalhador, que problematiza o sofrimento destas vidas, que ao identificarem os prazeres, se limitam a prazeres efêmeros gerados pelo uso/abuso de substâncias, e que, além disso, acarretam desdobramentos prejudiciais.

mas que tipo de vida as pessoas levam que o querer maior que elas têm é um prazer de três minutos assim? uma bad de três dias sabe que o cara usa cocaína fica lá vinte minutos bem, depois ele fica três noites noitado achando que ta alguém atrás dele, são escolhas muito equivocadas, as vidas tem muito sofrimento pra levar as pessoas a estas escolhas, eu acho (TRABALHADOR)

Ao colocar em diálogo com a voz dos usuários, identificamos aproximações entre os discursos, e destacamos os relatos, que foram provocados no grupo GAM a partir do guia, por meio da pergunta: O que você mais gosta de fazer no dia a dia?

o que eu gosto hoje é usar maconha, fico relaxado (USUÁRIO)

eu gosto de fumar o crack, já com o primeiro trago fico legal, o segundo e o terceiro é só para manter a brisa (USUÁRIO)

o que eu mais gosto de fazer hoje é usar o crack, gosto dos efeitos (USUÁRIO)

eu gostava do crack, mas me fazia mal, daí parei e voltei pra cocaína (USUÁRIO)

Segundo Olievenstein e Parada (2004), é necessário continuar o diálogo com o usuário, devemos ensiná-los, que existem outras portas de saída do sofrimento, o que o autor nomeou de “democracia psíquica”, e que nós trabalhadores da saúde mental, possamos nos opor apenas aos desejos que reprimam a autonomia das pessoas, seguindo a lógica é a defesa da vida (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2004; SURJUS, 2019). Destaco abaixo, trecho de uma entrevista, realizada por Miranda (2009) ao psiquiatra francês - Claude Olievenstein, ao qual o autor faz menção aos efeitos das drogas nos usuários e os possíveis cuidados associados.

Existem toxicomanias que dão prazeres aos usuários, que permitem as pessoas viverem uma aventura pessoal. Não devemos impor a nossa escolha, nem a nossa visão de mundo aos toxicômanos. Devemos estar atentos a demanda e fazer o que pudermos. Nossa tarefa não consiste em recuperar todos os toxicômanos da terra, as pessoas submissas ou os cidadãos perdidos (MIRANDA, 2009, p. 276).

Faz-se pungente que o terapeuta suporte a ambivalência dos usuários, do conflito entre prazer e sofrimento, de um uso prejudicial de drogas. Para alcançar a “democracia psíquica”, há que se revisitar o conceito de democracia, não vivida no cenário de desigualdade social - fenômeno que se manifesta no acesso aos direitos e as oportunidades. O processo democrático social se faz com lutas e obstáculos, e transpondo esse contexto de instabilidade para a vida dos toxicômanos, intenta-se olhar o movimento de entrada e saída desse processo, como mola propulsora do objetivo do trabalho terapêutico (OLIEVENSTEIN; PARADA, 2004; SURJUS, 2019).

5.4 Pistas para reorganização das práticas de cuidado do CAPS AD

Neste momento apresentaremos algumas contribuições identificadas após a implementação da estratégia GAM no CAPS AD, à luz do diálogo entre usuários e trabalhadores. Esse, por sua vez, nos deu pistas para aprofundar a discussão da organização das práticas de cuidado e, a partir dos recursos vigentes, ampliar as ofertas do serviço de maneira que se aproximem das necessidades efetivas dos usuários, a partir da proposição de trabalhadores e da ampliação da participação dos usuários - sem desconsiderar as limitações já existentes no serviço, apontadas previamente nesta pesquisa.

Embora tenhamos nos apoiado no referencial teórico da RPB, percebemos ao longo do desenvolvimento da pesquisa uma lacuna no campo álcool e outras drogas: a discussão de direitos e liberdade, essencial neste campo, limitando-se a um viés reducionista, que visa os cuidados às pessoas que possuem prejuízos em decorrência do abuso de álcool e outras drogas em questões meramente físicas, como internações para desintoxicação. Esta questão foi evidenciada pela voz dos trabalhadores no grupo focal e pelos usuários do grupo GAM, que não se reconhecem como “loucos”.

Outro aspecto que nos convidou a revisitar a RPB é o fenômeno da medicalização, prática não reformada e que tem produzido graves problemas de saúde na população (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013). Assim, ao destacar o aumento crescente de prescrições de psicotrópicos e seu uso acrítico e inapropriado feito pelos usuários, destaca-se também, sob o referencial da hermenêutica de Gadamer (1997), o contexto medicalizante que o produziu.

O processo de medicalização é fomentado pela amplitude de sintomas e diagnósticos presentes no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e a medicamentação pode desencadear um evento de “renovação de receitas”. Sem avaliação presencial do usuário e com a intenção de não interromper o tratamento medicamentoso, isso pode contribuir para o processo medicalizante e ser considerado como parte do problema (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013). Destacamos abaixo a fala de uma trabalhadora que corrobora com este apontamento:

Não tem um cuidado, não tem um cuidado com aquele paciente, de escutar, fazer uma escuta de fato. E aí é só reproduzir receita e o cara vem e às vezes, nem olha na cara do médico, nem. Chega pega a receita ali no prontuário, aí fica uma troca e aí leva a receita. Eu particularmente não acho isso um cuidado (TRABALHADORA)

Este tem sido um cenário comum no cotidiano do CAPS AD, intensificado no contexto da pandemia da COVID-19, em razão da medida de distanciamento social adotada pelo serviço. No entanto, como já dito, o fenômeno da medicalização é considerado “pano de fundo” do desenvolvimento da pesquisa, somado ao contexto brasileiro do proibicionismo às drogas. Faz-se urgente pautar a medicalização e a medicamentação dos usuários de drogas. Que fenômeno é esse de medicalização dos corpos desses usuários?

Em busca pela compreensão do “fenômeno do uso de drogas”, identificamos, na obra de Olievenstein e Parada (2004) sobre as toxicomanias, uma maneira de incluir o tema dos direitos e liberdade dos usuários de álcool e outras drogas. O objetivo é de ampliar para este campo uma leitura do fenômeno que contemple as três dimensões (sujeito – droga – contexto)

propostas pelo autor e, assim, contribuir para transformar o cenário reducionista advindo da RPB, que impacta na organização das práticas de cuidado dos CAPS AD.

A perspectiva psicossocial que inclui o sujeito e desqualifica o aspecto da droga, na leitura dos trabalhadores, pode reduzir e impactar as ofertas do serviço - o que nos alerta para a necessidade de esta ser redimensionada. Por outro lado, a leitura dos trabalhadores que qualifica e eleva o aspecto da droga em detrimento dos demais aspectos, incorre, invariavelmente, no fenômeno de *Contrafissura* descrito por Lancetti (2015): respostas rápidas e simplistas ao fenômeno complexo das drogas, como práticas medicamentosas e internações em CT. Nesse sentido, a grande contribuição da obra de Olievenstein e Parada (2004) é nos ajudar a pensar a indissociabilidade destas dimensões (sujeito – droga – contexto) ao organizar o serviço.

Outro aspecto identificado é que a estratégia da GAM, embora em seu foco original não tenha abordado especificamente a temática de álcool e outras drogas, o tema dos direitos humanos e liberdade são centrais, e a GAM se mostrou uma estratégia potente nesse campo, aliada aos seus princípios norteadores – autonomia e cogestão. Partindo desse pressuposto, e visando problematizar a medicamentação dos usuários de drogas, apostamos na aproximação da estratégia GAM com a RD. Embora originárias de contextos diferentes, são abordagens éticas de cuidado aos usuários de drogas que podem facilitar a discussão entre “drogas e medicamentos”, diminuindo a diferenciação entre as substâncias legais (lícitas e prescritas) das ilegais (ilícitas ou proscritas), dicotomia gerada pelo contexto proibicionista e pelo saber médico. Ou seja, tais perspectivas atreladas poderiam orientar práticas de cuidado que reduzam os danos ocasionados pelo uso nocivo e pelas interações entre as substâncias psicoativas, sejam elas prescritas ou não. Esta aproximação, ainda, poderia ajudar a desconstruir com os usuários a noção de “recaída”, frequentemente atrelada à narrativa de derrota, conforme descrito por Rameh-de-Albuquerque (2014) em seu conceito de recursividade.

Outro ponto a ser explorado para lidar com o fenômeno da medicamentação no CAPS AD é o processo de formação dos trabalhadores, o qual deveria observar as três funções básicas da “cogestão de coletivos” proposta por Campos (2013), quais sejam: administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso; alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições e; influir sobre a produção de subjetividade e constituição dos sujeitos. O movimento da cogestão, para além do grupo GAM, produziria um efeito para toda a equipe e para os usuários, gerando transformações nas práticas de cuidado.

Ainda de modo cogestivo, apontamos a necessidade de ampliar o diálogo entre a rede de cuidado intrasetorial e intersetorial no Município de Santos, a fim de garantir um cuidado efetivo às pessoas vulneráveis que possuem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Destacamos que existe o programa “Novo Olhar”²⁰, destinado à população em situação de rua, mas na prática não tem materialidade, nem entre trabalhadores, nem entre usuários.

Ainda em relação à equipe de trabalho, um aspecto importante a ser explorado é a ampliação das trocas de saberes entre todas as áreas profissionais, a fim de ampliar a qualidade das práticas de cuidado no serviço e configurar uma equipe interdisciplinar. Ainda que consideremos as intensidades dessa integração dos saberes, Peduzzi et al. (2016) nos apontam alguns caminhos:

O reconhecimento do papel e do trabalho dos membros da equipe implica basicamente o conhecimento das atividades e responsabilidades de cada componente e também do modo pelo qual esse conhecimento pode ser adquirido no dia a dia de trabalho, ou seja, a presença de recursos e tempo para tal. Esse processo inclui o reconhecimento de fronteiras entre as áreas e suas sobreposições (PEDUZZI et al., 2006 p. 3)

Já no campo das práticas, a construção de um projeto assistencial comum é essencial para caminhar na direção interprofissional, visando à colaboração. Para tal, se faz necessário o compartilhamento dos objetivos comuns entre os trabalhadores, aliados à responsabilidade e prestação de contas pelos resultados produzidos, para atender os resultados esperados pelos usuários (PEDUZZI et al., 2006).

Aliando-se o trabalho em equipe e a ampliação da participação do usuário, observou-se na estratégia GAM um ambiente propício à interdisciplinaridade entre os atores (trabalhadores e usuários). O saber do usuário, sobretudo sobre as experiências com as substâncias psicoativas, é levado em consideração e valorizado, podendo ser utilizado para nortear as práticas de cuidado, deslocando a centralidade do saber médico e científico e ampliando a autonomia e participação do usuário em seu tratamento.

Este exercício cogestivo só ocorre se os usuários tiverem espaço no serviço para ampliar a autonomia no seu cuidado em saúde e, em decorrência, também amplia a autonomia dos trabalhadores, auxiliando-os nas práticas de cuidado que envolvem “drogas e medicamentos”. A disseminação do saber do usuário para outras áreas profissionais, além das áreas biológicas

²⁰ O Decreto n.º 8.165, de 19 de julho (PREFEITURA DE SANTOS, 2018), institui o programa "Novo Olhar" destinado à população em situação de rua no município de Santos, que tem como objetivo desenvolver ações municipais para articular serviços, iniciativas e estratégias relativas à população em situação de rua no Município de Santos.

(sobretudo a médica), possibilita que os trabalhadores se sintam autorizados a falar sobre as substâncias psicoativas, sem medo, dando voz aos usuários e iluminando suas narrativas sobre os efeitos destas substâncias em seus corpos, inclusive com possível impacto de redução nos agendamentos de consultas médicas. Seguem relatos de trabalhadores em busca de respostas para lidarem com tais dificuldades:

principalmente as psicoativas, elas tem um poder associado que é muito difícil de desmistificar e acessar também assim, existe uma fantasia social de que isso é um conhecimento que só cabe a uma parte muito específica das pessoas (TRABALHADOR)

se o paciente chega até mesmo pra mim e fala que não ta conseguindo dormir com determinado remédio, eu não vou poder fazer nada também, além de orientá-lo a voltar no médico e questionar o remédio, né? A gente, farmacêutico, tem essa autonomia? (TRABALHADOR)

Conforme os dados produzidos na pesquisa, observou-se que o nó crítico do trabalho em equipe no CAPS AD é situado na relação dos trabalhadores e dos usuários com o médico. Ainda que existam conflitos entre os demais núcleos profissionais, não nos pareceram tão evidentes quanto esta relação apontada.

Destacaremos a seguir um breve relato sobre a percepção da pesquisadora e moderadora do grupo GAM sobre a experiência inédita de compor um processo coletivo no CAPS AD, juntamente com uma profissional médica, a partir de um exercício cogestivo. Para tal, dialogaremos com o filósofo Gadamer (1997) a partir de um exercício hermenêutico, considerando os apontamentos dessa teoria já explicitados no percurso metodológico e complementando com os conceitos de “abertura” e “experiência do tu”, refletindo sobre o conceito de violência da Arendt (2013) abordado por Cruz (2016) a partir da hermenêutica filosófica de Gadamer.

Ao revisitar a narrativa sobre a historicidade da pesquisadora, assim como as pré-compreensões, pudemos constatar que a experiência com a profissional médica causou deslocamentos nas relações entre médico-outros profissionais e médico-usuário, até então experienciadas no serviço. Esse deslocamento foi marcado pela horizontalidade das ações entre os moderadores do grupo GAM e usuários, das quais o profissional médico fez parte desde o início, com participação efetiva em todas as etapas do processo, desde a preparação dos encontros, dos lanches, das saídas, da sustentação do grupo por férias de outros moderadores, etc.

Sobre a discussão já apresentada no que diz respeito ao tema da violência conceituado por Arendt (2013), problematizamos o desvalor à biografia do usuário pela postura do médico, uma violência institucional que surge pela “negação do outro”, pela falta do reconhecimento do outro. Na experiência que tivemos com a GAM o moderador/médico compôs o grupo com uma

postura disponível e atenta às discussões, em consonância com os conceitos hermenêuticos de “abertura”, que significa disposição afetiva para ouvir, e “experiência do tu”, que consiste em deixar de ver o outro como objeto e passar a reconhecer o outro como outro, num constante compreender, aprender, formar. Ao ouvir o outro, de forma autêntica, é possível construir um mundo novo e comum entre as partes (GADAMER, 1997).

Concluimos que, para a transformação das práticas de cuidado, os espaços de encontros formais/institucionais entre os trabalhadores não deveriam se limitar apenas às passagens de plantão diárias. Com a introdução de uma reunião de equipe semanal, os trabalhadores poderiam pautar efetivamente a complexidade dos temas propostos. E ainda, a presença de um supervisor institucional permitiria o encaminhamento qualificado dos processos de discussão sobre o trabalho.

Por fim, apresentaremos as narrativas coletivas dos trabalhadores e dos usuários, iluminadas pela obra de Ricoeur (1994) que descreve as narrativas como uma potência transformadora da práxis.

5.5 Narrativa dos trabalhadores e usuários

De fato, o que deve ser interpretado, num texto, é uma proposição de mundo, de um mundo tal como posso habitá-lo para nele projetar um de meus possíveis [possibilidades de ser-no-mundo] mais próprios. É o que chamo de o mundo do texto, o mundo próprio a este texto único (Ricoeur, 1990, p. 56).

A narrativa dos trabalhadores e usuários foi construída em primeira pessoa do plural, no primeiro caso, após a transcrição do grupo focal (que fora áudio-gravado) e, no segundo caso, após recolhimento do material produzido no diário de campo (que compreendeu o registro das percepções da pesquisadora, bem como transcrições de relatos de trabalhadores e usuários que emergiram no decorrer do grupo GAM). Este material produzido foi organizado e sistematizado a partir de eixos temáticos e identificados como núcleos argumentais, que nos ajudaram a tecer linhas de sentido para compor a trama, conforme nos diz Ricoeur (1994). Os eixos de análise que nos baseamos para a tessitura da narrativa dos trabalhadores foram: Concepção e organização do serviço, Concepção e organização das práticas, Concepção e organização da equipe, Autonomia e direitos e Medicamentos e outras drogas e dos usuários: CT; o sofrimento do usuário de drogas; Territórios vividos: Redes formais e informais; Autonomia e direitos e Medicamentos e outras drogas.

Conforme o referencial de Ricoeur (1994), não é necessário seguir certa temporalidade, mas sim um agenciamento lógico dos fatos, buscando a formação de um texto que clame a voz daquele coletivo. Elaboramos um material que reunisse as vivências, consensos e dissensos numa narrativa única, de forma que fosse considerado o conteúdo manifesto pelos usuários e trabalhadores, e não uma busca de um conteúdo latente. Partimos de um posicionamento ético-político em que os participantes não estavam mentindo em seus discursos.

A construção narrativa também opera como uma estratégia de redução do material produzido por meio da transcrição do grupo focal (passamos de 28 páginas para 6 páginas) (ONOCKO-CAMPOS, 2011) e da sistematização do diário de campo, possibilitando assim a leitura coletiva. Nas subseção 5.5.1 “Acolher é fundamental, mas o que fazer, como fazer?”, apresentaremos as narrativas construídas de trabalhadores. Já na subseção 5.5.2 “Será que foi a droga que fez isso comigo ou foi outra coisa?”, está a narrativa dos usuários.

5.5.1 Acolher é fundamental, mas o que fazer, como fazer?

Trabalhamos num serviço nomeado Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), que nasceu a partir da Reforma Psiquiátrica, no final da década de 1980, para funcionar como dispositivo substitutivo ao hospital psiquiátrico. Aqui em Santos se deu após a intervenção na Casa de Saúde Anchieta.

Pensamos assim: o sofrimento mental nunca foi entendido, é uma área que ninguém dá conta. Uma época não se soube o que fazer “tranca lá que a gente nem olha e fingimos que não existe”, enche de droga que “assim o cara fica lesado e não dá problema”. Só que o sofrimento mental está aqui, está entre nós todos, não dá pra negar isso.

O CAPS é um resultado desse movimento histórico que prevê o cuidado dessa gente em liberdade, no território, com vistas à ressocialização e emancipação dos sujeitos. Pensamos também que é um lugar de resgate do indivíduo e de reconstrução de laços.

O uso de substâncias psicoativas sempre foi entendido como uma questão de escolha, inclusive dentro da própria luta pela desinstitucionalização, pela conquista de um lugar social para as pessoas loucas. É mais fácil entender o funcionamento de um esquizofrênico, que tem uma doença, que pode nunca ser achada num exame, mas é muito difícil entender que as pessoas possam ter um desejo pelo álcool e que alguns se descontrolam nesse uso.

Ter um CAPS AD, um serviço separado, pra acolher pessoas que sofrem em decorrência de um uso abusivo de substâncias psicoativas, por vezes pode ser mais negativo do que positivo pra alguns da equipe. Cuidamos de pessoas que sofrem, mas não é da droga que elas sofrem, elas sofrem de preconceito, do estigma, de falta de moradia digna, inclusive de medo, vergonha e culpa. Será que essa separação não segrega ainda mais?

Por outro lado, a existência de um CAPS AD garante minimamente o acesso à essa população que precisa de atenção biopsicossocial e que a sociedade marginaliza. Inclusive em decorrência da dita “epidemia do crack” justifica e valida ainda mais o *status* de doença e a necessidade de um centro de saúde específico para esse cuidado, justamente por essa negação de direitos.

É um serviço para ser contra à guerra contra as drogas, para dialogar com a sociedade, com as demais equipes de outros CAPS adultos. Será que somos especialistas? Ou realizamos as mesmas práticas de cuidado de outros serviços da Saúde Mental? Será que pensamos pra além do cuidado em saúde no CAPS, pensando mais na exclusão e na marginalização dessas pessoas na sociedade?

A gente cuida dessa galera que sofre, mas não é de droga que sofrem, essa galera sofre de injustiça social. No entanto, há dissenso entre nós, de que a questão social seja a causa número um que leva ao sofrimento do usuário de drogas: se fosse só uma questão social, esse monte de jovem rico não sofreria tanto e não se drogaria tanto. A vida humana traz muito sofrimento e a droga pode estar sendo usada para uma saída do sofrimento, como um remédio. Para alguns de nós, a droga pode trazer para as pessoas alguns problemas, e para outros da equipe muitos problemas, talvez considerada, ainda, como sendo o problema que gera o sofrimento. Concordamos que se a droga está sendo usada de forma abusiva e trazendo mais prejuízos do que soluções, com os quais está sendo difícil lidar, então talvez não esteja sendo uma boa saída.

Duas pessoas desse grupo nos alertam que a droga é um elemento organizador da sociedade, em várias delas. Como você mantém exércitos de pessoas desempregadas, sem que elas se rebelem? Droga todo mundo, daí são inúteis funcionai - e muitas pessoas não conseguem sair disso. A vida humana tem muito sofrimento para que as pessoas fiquem presas nestes cenários. Qual é o lugar do louco, do drogado, do louco-drogado na sociedade? O drogado é louco? O louco tem lugar?

E como cuidar dessas pessoas que fazem uso de drogas? Precisamos acolher, acolher é fundamental, mas o que fazer, como fazer? Primeiro o sujeito ou a droga, ora o sujeito, ora a droga, e se priorizarmos o sujeito e olharmos também a droga? As pessoas chegam aqui com um sofrimento muito intenso, muito fragilizadas, muitas vezes sob efeito abusivo de substâncias, são tantos casos de abuso, de violência, de falta de moradia, tem também os transtornos de base, as desordens químicas. Nos questionamos cotidianamente sobre nossas práticas, sofremos por muitas vezes não sabermos o que fazer para ajudar as pessoas. De qual abuso estamos cuidando? O que é sofrimento? E qual é o sofrimento legítimo de ser cuidado no CAPS AD?

Um dos destaques para estes sofreres é acerca do pensamento sobre a moradia, que é destoante para alguns no grupo. Atendemos em grande parte pessoas em situação de vulnerabilidade, dentro destes, muitos em situação de rua. Aqui há um questionamento sobre o sofrimento das pessoas que saíram de suas casas e foram para a rua, encarados por alguns de nós como uma questão de escolha: “alguns tinham casa e foram parar num abrigo público”, um de nós fala. Portanto, e talvez, a questão social não fosse de fato o sofrimento mobilizador da procura do cuidado em saúde no CAPS AD.

Em contrapartida, existe no nosso grupo quem problematize a noção de moradia: “Que moradia era essa que as pessoas renunciaram? Qual é a função da casa? O que é morar? Qual a experiência com moradia que estas pessoas apresentavam em suas histórias, quantas pessoas moravam nessa casa? Que possibilidade que essa pessoa tinha nessa casa?” E precisamos também olhar para as quebras e rupturas que as pessoas que foram abrigadas e institucionalizadas sofrem. Abrigo é moradia?

O consenso que temos, é antes de qualquer coisa, o cuidado que podemos ofertar para estas pessoas: uma escuta qualificada, ouvir, ouvir sem preconceito, sem julgamento. Concor damos que deve haver um acolhimento inicial com estas características, mas salientamos que essa prática fica muito prejudicada, pois as salas que temos não são adaptadas e, portanto inadequadas para uma escuta que garanta o sigilo.

Enfrentamos alguns problemas estruturais, mas também entendemos que não se trabalha muito com a causa. Embora reconheçamos essa necessidade, as maiores questões ainda ficam em prol da droga, da “recaída”, da crise de abstinência, da prescrição de medicamentos. E fica nesse ciclo, a própria pessoa tem dificuldade de buscar, resgatar o que mobiliza e sustenta o uso da droga, que muitas vezes percebemos funcionar como um remédio, e nós trabalhadores também sofremos por muitas vezes não termos respostas para dar.

Um dos recursos que utilizamos muito são os medicamentos, que em alguns casos são importantes, mas às vezes mais atrapalham do que ajudam. “Ainda se fosse pra substituir por outra droga, ou as pessoas conseguissem se reorganizar”, alguns pontuam. E pensando nessa questão dos medicamentos, aumenta ainda mais nossa angústia do quê fazer. Quando existe qualquer questão das pessoas que estão em uso de medicação, fazemos a escuta e damos um jeito de agendar com o médico, nós da equipe não somos psiquiatras e mesmo nós profissionais da enfermagem e farmácia que somos mais próximos da área médica, não nos sentimos seguros para tal. Falamos apenas o básico e reforçamos a necessidade de conversar com o médico, mesmo sabendo da dificuldade do acesso a este profissional.

Um de nós da equipe ressaltava que os medicamentos que temos por aqui não são específicos para tratamento de uma “droga” específica. Com exceção da Naltrexona, os demais todos são para tratamento de outros transtornos psíquicos, como por exemplo, depressão, ansiedade e psicoses. Declaramos que não possuímos um conhecimento sistematizado dos medicamentos utilizados no CAPS AD e que muitos de nós entendemos não ser nossa função adentrar nessa área que entendemos ser médica.

O que mais podemos oferecer? Quais os instrumentos que temos aqui para construir algo com essas pessoas que nós atendemos? A gente tem médico, temos a convivência, tem os grupos e pensamos que é bastante o que fazemos se formos analisar o recurso que temos.

Ainda não sabemos como poderíamos abordar a substância em determinado momento, não sabemos se em grupos, por exemplo no grupo da educação em saúde, mas vale ressaltar que é importante sabermos mais sobre as substâncias. A droga tá aí, é ofertada, precisamos conhecê-la, precisamos falar dela, precisamos saber o que é usado, quais as misturas, as interações e, inclusive na parte preventiva, a pessoa precisa saber o que está consumindo, que barato que vai dar e quais são os efeitos colaterais. “E talvez mais do que isso, precisamos entender como cada sujeito experiência esse uso e o momento que está vivendo”, um de nós ressaltam. Concordamos que precisamos falar mais sobre as “drogas”, mas nós não falamos disso aqui, existe uma fantasia social que só alguns detentores do conhecimento, especialistas, podem falar sobre as questões relacionadas às drogas. Medica-se demais no CAPS AD.

Ter um veículo à disposição pro serviço seria valoroso para que pudéssemos ir à praia, para propor atividades esportivas, para ampliar o acesso à cultura e lazer. Atualmente está muito difícil, pois dependemos de passe. Por conta de a cota ser mínima, dependemos do clima também, muitas vezes nem a pé é possível ir e isso nos limita muito. Temos médico.

Outra questão que nos é dificultada é não ter garantia de acesso aos recursos que o município oferece, por exemplo, as quadras municipais. Os equipamentos burocratizam muito a acessibilidade e são pouco flexíveis. Entendemos que as portas deveriam ser um pouco mais abertas para os usuários do CAPS. Medica-se demais no CAPS AD.

Uma questão que aflige a todos nós é o equipamento estar caindo aos pedaços, isso é um limitador. Esse lugar deveria possuir uma estrutura acolhedora, agradável, é isso. Se estamos atendendo pessoas em situação de vulnerabilidade, minimamente teríamos que ter uma enfermaria e uma farmácia adequada para atender os pacientes em crise, teríamos que ter um profissional médico mais disponível para um diálogo mais amplo sobre as questões. Medica-se demais no CAPS AD.

Para podermos ampliar nosso campo das práticas, precisamos falar mais sobre a composição formativa dessa equipe. Somos uma equipe multiprofissional, entre nós temos: terapeutas ocupacionais, assistente social, enfermeiros, psicólogos, acompanhantes terapêuticos, técnicos de enfermagem e farmacêutico. Discordamos em relação a nossa atuação em grupo, por vezes alguns de nós até estranham o modo como funcionamos, que todo mundo faz tudo. Temos médico.

Seguindo esse raciocínio de estranhamento da atuação em equipe que alguns de nós temos, esclarecemos que pensamos que atuar em equipe é estar junto, estar junto e não querer fazer o papel do outro. Agora, juntos é possível e, por vezes nas discussões em equipe, é isso que entendemos que se espera por aqui, fazer o papel do outro.

Percebemos que nosso discurso se aproxima em alguns momentos e se distancia em outros. Entendemos que multiprofissional é um grupo de pessoas com formações diversas com atuações cada qual na sua área. Já interprofissional diz respeito aos nossos saberes, que eles têm que se relacionar e essa troca de saberes, essa interação, vão formando um conjunto, que culmina num aprendizado de uns com os outros.

O encontro harmônico desse discurso é que concordamos que numa equipe multiprofissional se trabalha de forma mais isolada e na interprofissional de forma mais coletiva. Porém a desarmonia tem relação com o que se dá nas práticas e aquilo que de fato vivenciamos: alguns de nós entendemos que não conseguimos trabalhar em conjunto neste serviço, ainda que tenhamos exemplos que nos mostrem o contrário e que é possível esse agir coletivo. Para alguns de nós trabalharmos juntos não acontece. Temos médico.

Algumas pistas emergem de alguns que percebem que a atuação dos profissionais como técnicos de referência, por exemplo, é um ganho para aproximar trabalhadores entre si e propiciar que atuemos de forma que haja trocas de saberes e que possam ampliar o cuidado ao usuário atuando juntos nos diversos sofreres das vidas das pessoas. Entendemos que trabalhar junto não é algo dado, sabido, é preciso experimentar, se mostrar disponível para compartilhar saberes. Mas tem algo também do que é estrutural, da forma que está instituído o serviço e das possibilidades dessa atuação. Será que todos nós temos as mesmas condições de atuação coletiva? Será que entendemos que essa mistura, essa relação que se propõe uma atuação interprofissional e que, por vezes se dá, ainda nos é confusa e não é o pretendido para alguns de nós?

Sabemos que cuidamos de pessoas que estão sofrendo em muitos aspectos de sua vida e que em boa parte são pessoas com um repertório de vida limitado, com baixa escolaridade, pouco autônomas, por vezes sem moradia e que vivem um processo de “recaídas das drogas” crises de abstinência. Concordamos que nosso objetivo de atuação neste CAPS é a oferta de um cuidado integral, mas sofremos por muitas vezes não termos respostas pra dar.

Medica-se demais no CAPS AD, não sabemos o que fazer e nós não falamos disso aqui.

5.5.2 Será que foi a droga que fez isso comigo ou foi outra coisa?

O CAPS AD é o nosso lugar, é o lugar que olha pra gente. Somos adictos, usamos drogas, e quando a coisa aperta, é pra cá que corremos, pois nos sentimos protegidos. Muitos de nós considera o CAPS a nossa família. Aqui participamos de grupos, da convivência, de atendimentos com nossa referência e com o médico. E agora conhecemos o grupo GAM.

Um de nós fala que, aqui no CAPS o grupo GAM durou um ano, e que na Universidade foram seis encontros. Lá aprendemos o que é a GAM, e no CAPS, vivenciamos no dia a dia. Foram muitos encontros, mas cada um de nós participou num momento, não estivemos todos juntos o tempo todo, tiveram pessoas que sequer se encontraram no grupo. Quando estamos em um momento ruim, virado e usando muita droga, às vezes era difícil ir, ou quando conseguíamos um bico pra ganhar um dinheiro, ou quando conseguíamos vaga naquele curso que estávamos aguardando.

Aqui no grupo GAM falamos de muitas coisas, mais do que falamos, somos ouvidos e nos sentimos à vontade. Foi muito bom o grupo ter sido na sala dentro da casa, é mais tranquilo, menos entra e sai de gente. Passamos por momentos muito difíceis no CAPS, como o fechamento da convivência em razão de furtos, e do fechamento da farmácia e da enfermaria - e pudemos falar disso aqui.

Pudemos dizer também sobre a medicação. A maioria de nós não sabe o nome e nem pra que serve o medicamento que estamos tomando, muitas vezes os nomeamos pelas cores e tamanhos. Ainda bem que temos aqui no grupo GAM médico e farmacêutico pra nos ajudar. Sentimos dificuldade de conversar com os médicos na consulta, tem médico que nem olha direito pra nossa cara e, quando falamos com os outros profissionais sobre a medicação, nos pedem pra falar com o médico - e a maioria das vezes não conseguimos resolver. Daí, resolvemos do nosso jeito mesmo. Um de nós diz: “Como irei tomar três Risperidona mais um Clonazepam pra trabalhar?”

A gente se sente mais à vontade de conversar com o farmacêutico do que com o médico. Aqui na GAM pudemos falar sobre isso. Existe certo receio de alguns de nós em questionar o médico, por medo de sermos prejudicados no tratamento, então muitas vezes só respondemos o que o médico pergunta. Um de nós fala: “Será que o médico vai me desligar? Vou dizer que o remédio tem começo meio e fim e se o medicamento não estiver fazendo mais efeito, vou parar de tomar”. Tem também entre nós gente que diz que “é só o jeito do médico mesmo, ele sempre foi assim, não vai mudar, a gente que tem que se adaptar”.

Falamos dessa dificuldade do atendimento médico na GAM e alguns de nós experimentou tirar algumas dúvidas com o médico na consulta, houve até uma pessoa que se surpreendeu com o retorno: o médico deu uma aula sobre a medicação. Tem também gente que diz que foi um privilégio ter participado junto com a sua médica no grupo GAM.

A realidade sobre os medicamentos para a gente é que a maioria de nós vive na rua e por isso não tomamos do jeito que falam para gente tomar. Até tem um de nós que tem medo e não toma nenhum medicamento, ele diz assim: “Tenho medo de ficar chapado e tomar pedradinhas, tenho medo de perder o reflexo e ser atingido por carro desgovernado”. “É só com medicamentos que eu consigo parar de usar drogas?”, um de nós questiona, ele diz ainda: “Vivi na floresta por 12 anos, sempre usei minhas drogas, quando estava triste sabia o que usar, quando estava muito agitado também. Agora, aqui na cidade, é um homem que vai dizer o que eu tenho que tomar?”.

Existe também, quem tenha medo da mistura do medicamento com outra droga. Alguns desistem de tomar o medicamento porque não melhora o sofrimento e ainda traz mais problema. Tem gente que toma só quando sente que tem necessidade. Tem quem não tome, mas gosta de ter guardado por segurança. Tem gente que só toma quando está em medicação assistida. Tem quem não tem boa relação com o medicamento, pois mexe com a libido. Tem gente que usa pra dar mais barato com outra droga; E ainda tem quem venda alguns medicamentos.

Ainda, pra alguns de nós, o medicamento ajuda a aumentar o tempo que conseguimos ficar sem a droga, dizem que ajuda a quebrar o ciclo do uso, mas um de nós alerta que “Comigo, foi muito difícil acertar a medicação, tive muitos tremores, depois pararam”. Outro diz “Tem que conversar com o médico, é preciso tomar direitinho os medicamentos”. E aí surgem dúvidas: o remédio vicia? Será que porque mexi na medicação é que voltei a usar drogas? Usar remédio não é trocar uma droga pela outra?

A verdade é que passamos por muito sofrimento e na rua não temos direitos. Na rua chamam a gente de lixo, drogado, demônio. Muitas vezes precisamos nos humilhar pra não levarem nossos pertences. E daí corremos para o CAPS, pra pedir ajuda. A maioria de nós frequenta a convivência do CAPS. Um de nós fala que quando está muito mal precisa ficar na convivência diária e constante. Alertamos para que os técnicos fiquem mais atentos às pessoas que estão na convivência, alguns estão muito mal e alguns técnicos não olham com o cuidado que tinham que ter. Outros dizem que quando estão muito mal tem vergonha de aparecer no CAPS e decepcionar seu técnico de referência. O fato é que ultimamente está muito difícil ficar na convivência, um de nós diz “É muito triste isso, às vezes tenho vontade de não ir mais pro CAPS, mas sei que ficarei pior”.

Além da convivência, existem os grupos também. O grupo que mais gostamos é o da educação em saúde, os técnicos passam vídeos e depois fazemos as discussões. O grupo de leitura também é muito bom, a profissional é bem dedicada e se esforça pra gente entender. Alguns de nós sente falta de mais atividades no CAPS e lembram dos grupos da terapeuta ocupacional. E ainda, algumas pessoas gostariam de falar sobre drogas no CAPS, e um de nós pergunta: “Como saber as interações? Com o que é misturado, por exemplo, a cocaína? E a cocaína com a Fluoxetina?”. E outro complementa: “Todos os medicamentos interagem com o álcool?”, ao que um de nós diz “olha como eu fico tremendo quando você fala sobre a droga. Sabem como eu estou me sentindo agora?”.

A realidade é que, quando o bicho pega e o uso da droga está muito pesado, precisamos interromper o ciclo e nesse momento é a CT que funciona para muitos de nós. Muitos aqui já foram internados, mais de uma vez. Às vezes basta alguns dias ou poucos meses para nos afastar um pouco de onde estamos.

Na Comunidade conseguimos nos alimentar, dormir e alguns falam que se sentem úteis e reconhecidos com alguns trabalhos que temos que fazer lá. Um de nós lembra que uma hora temos que sair da Comunidade, e muitos querem sair antes do tempo por se sentirem presos, e então, ao sairmos, voltamos pro mesmo lugar, com os mesmos problemas. Pois é, um de nós fala: “Se afastar de tudo é um problema, seria mais fácil se não precisasse. É muito radical ir pra casa de recuperação, já fui até monitor, mas não posso mais brincar com a minha vida. Ainda assim, é um lugar que buscamos quando estamos muito mal”.

Um alerta que fazemos é sobre ir pra CT sem medicamentos. É muito difícil passar os primeiros dias sem a droga e sem eles. Quando isso acontece, alguns de nós observou, os coordenadores responsáveis pela medicação na Comunidade dão um jeito de arrumar medicamentos de outros internos, para quem está chegando. Achamos errado, pois a pessoa não passou pelo médico, mas muitos de nós já passamos por esta situação e aceitamos.

Aqui vai um tanto do nosso sofrimento. Nossa recuperação é cheia de não: não pode ficar triste, não pode ficar feliz, tudo é motivo pra desconfiarem da gente. A culpa por usar drogas é forte demais. É muito duro ficar na rua, muita gente chama para usar droga o tempo inteiro. “A culpa é do álcool por tudo isso que está acontecendo comigo. Saí da Comunidade, daí recaí, a culpa é exclusivamente minha”. É muito ruim ter que ficar fugindo de lugares pra não usar a droga. Um de nós usa cocaína pra se sentir melhor, mas depois precisa ficar sozinho, pois a consciência pesa muito, “é errado, muita culpa”, ele diz.

Entre nós tiveram algumas pessoas que, por conta do sofrimento, tentaram tirar a própria vida. Todas as três histórias ocorreram com abuso de medicamentos, dos quais dois relatos foram com medicamentos psiquiátricos - por sorte não aconteceu o pior. A gente sofre muito, um de nós fala: “Até o trabalho que deveria me ajudar a melhorar, hoje é pra comprar droga, sou motoboy, uso cocaína inclusive durante o trabalho, não penso em outra coisa senão usar a droga. Não posso nem pensar em não ter trabalho, senão vou roubar minha mãe pra usar a droga e não quero fazer isso, ela não merece”.

Em relação à família, o sofrimento é ainda pior: desconfiam da gente a todo o momento. Um de nós conta que tem muita saudade de retornar para a família, pros filhos, mas a última tentativa de aproximação com eles durou apenas três dias – “Logo começa a briga, eles dizem que vou dar uma volta e que irá durar seis meses, e toda vez que isso acontece é mais difícil voltar, não acreditam mais em mim”.

Quando falamos da família, a maioria de nós se emociona. É raro ficar tudo bem entre nós e nossos familiares por muito tempo. Tem familiar que não quer ver a gente nem pintado de ouro. Um de nós diz que a culpa é do álcool pelo afastamento dos familiares e agradece aos trabalhadores do CAPS por ajudá-lo.

Outra coisa que é difícil é o entendimento dos familiares sobre a RD. Um de nós relata que a sua mãe não entende a RD, diz que é vagabundagem, só para continuar usando a droga, “e pra mim, a RD tem sido a forma mais importante até hoje, tenho conseguido olhar pra mim”. E mais um de nós diz: “Eu hoje consigo administrar o meu dinheiro e consigo separar boa parte para comprar uma roupa, um tênis, algo que eu quero, e só o que sobra eu compro a droga. Já teve época que foi o dinheiro todo só pra droga”.

E pra aliviar todo esse sofrimento, nós usamos drogas. “Pra ficar relaxado eu fumo maconha”. “A maconha alivia quando estou muito estressado”. “A droga pra mim é uma fuga”. “Eu gosto de fumar o *crack*, já com o primeiro trago fico legal, o segundo e o terceiro, é só para manter a brisa”. “Eu tomo Diazepam pra relaxar”. “Eu uso álcool, mas tem vezes que não quero sair pra não abusar e daí tomo alguns medicamentos que me deixam legal”. Daí alguns de nós comentam: “Só que a droga escraviza”.

Mesmo diante das dificuldades, a nossa busca é por melhora. Entre nós, nesse período que teve o grupo GAM, houve resgate de histórico escolar e retorno aos estudos, ingresso em curso de panificação, participação de cursos na Universidade, cuidado ao jardim do CAPS, falas em eventos, e alguns de nós participou das assembleias no CAPS, para lutar pelos nossos direitos.

Aqui no CAPS, como já dissemos, a farmácia e a enfermaria estão fechadas, e por conta de furtarem coisas com o serviço aberto, a convivência também foi fechada. Um de nós fala que está com muita raiva, pois o CAPS é o nosso lugar. Por isso que a maioria de nós, que frequenta a convivência diariamente, tem vindo nas assembleias e está lutando pela mudança de casa, junto com os técnicos e a chefia.

Outro lugar, que muitos de nós mora ou já morou, é o abrigo. Concordamos que é um serviço que tem descaso pela gente, desde o jeito que nos tratam até as péssimas condições do lugar: não tem escuta, é sem conversa. Um de nós recolheu assinaturas para melhorias do albergue e protocolou na prefeitura. O pedido é para arrumar a porta do banheiro, colocar exaustores, melhorar a alimentação, pois direto tem pessoas com intoxicação alimentar.

Somos discriminados na UPA também. Um de nós conta “Eu estava muito mal, bebi muito e precisei ir à UPA, fiz a ficha e esperei uma eternidade, quase fui embora, muitas pessoas passando na minha frente e tenho certeza que não estavam piores do que eu”.

Na GAM aprendemos sobre nossos direitos, muitos de nós não sabia que o prontuário era nosso, que podemos solicitá-lo e que temos direito de saber sobre o nosso diagnóstico. Descobrimos também que podemos escolher se queremos ou não tomar medicamentos e que podemos fazer isso junto com o médico e, se precisar, com a ajuda da nossa referência. Aprendemos que com mais conhecimento sobre os medicamentos, melhor é a nossa conversa com o médico. Um de nós diz “eu aprendi a persistir no que eu quero”; outro relata: “agora eu entendo o porquê estou sendo medicado”. E um de nós diz que a GAM ajudou na auto-estima e na confiança.

A gente precisa garantir este espaço, tem muita gente que precisa conversar e não é só sobre medicamentos. Um de nós diz “Sinto-me à vontade neste espaço. Vamos continuar com o grupo GAM? Podemos reformular”. “Reformular é fazer novamente, mas diferente”, diz um de nós, ao que outro, responde: “sim, a gente pode pensar também com outras pessoas que não participaram. Uma nova edição da GAM?”.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instituição inventada está, portanto, sempre em movimento. Os serviços substitutivos estão sempre em movimento. A ideia da instituição aberta/instituição fechada envolve reconhecer que qualquer serviço, inclusive os serviços substitutivos que são “instituições para desinstitucionalizar”, por vezes enfrentam períodos de maior fechamento e por vezes de maior abertura, sendo preciso, assim, uma constante reinterrogação por parte dos que produzem os serviços no sentido de refletir se, de fato, estão sendo construídas trocas plurais na relação com o território e se está se produzindo vida e emancipação.

(Franco Rotelli)

A implementação da estratégia da GAM no CAPS AD se mostrou capaz de ampliar a autonomia e a participação dos usuários no seu cuidado em saúde mental, com destaque para a apropriação crítica dos medicamentos psiquiátricos e contribuiu para a ampliação das ofertas de cuidado, criando espaços no serviço para enfrentar os questionamentos sobre o uso das substâncias psicoativas. Constatamos, ainda, que os moderadores do grupo GAM, ao se mostrarem disponíveis para dialogar com o usuário, favoreceram um ambiente de trocas de saberes entre os participantes e, conseqüentemente, a ampliação da autonomia, não só do usuário, mas também do moderador, de forma cogestiva.

As aproximações e os distanciamentos apresentados no diálogo entre trabalhadores e usuários evidenciaram a vivência de alta vulnerabilidade e criminalização dos usuários de drogas. A necessidade de encaminhar os usuários em situação de vulnerabilidade para internação em Comunidades Terapêuticas, visando atender as demandas sociais, evidencia a precarização do serviço de saúde e a insuficiência de políticas públicas, além de sua repercussão na descontinuidade do cuidado.

O acompanhamento do processo do grupo GAM associado ao grupo focal com os trabalhadores nos permitiu evidenciar como as práticas de cuidado são articuladas no serviço e os resultados concentram-se na identificação da predominância/priorização do tratamento medicamentoso no CAPS AD, assim como apontam que há na postura do médico um desvalor à

biografia do usuário e pouca disponibilidade para o diálogo, o que impacta nas práticas de cuidado.

Vale destacar, que respondemos ao objetivo da contribuição para a atuação do farmacêutico no CAPS AD, com a formulação do produto técnico, intitulado “DROGAS PRESCRITAS E NÃO PRESCRITAS”: um infográfico para auxiliar usuários e trabalhadores.

Os resultados da pesquisa, somados ao aumento crescente de prescrições de psicotrópicos no CAPS AD, apontam para a necessidade de radicalizar a discussão dessas prescrições no contexto de abuso de substâncias e do fenômeno de medicalização dos corpos dos usuários de drogas.

Apostamos no encontro dos princípios das perspectivas de cuidado GAM e RD, à luz da tríade de Olievenstein e Parada (2004), as quais surgem como continuidade e complementaridade dos movimentos da Reforma Psiquiátrica e são consideradas uma importante direção clínica e política no contexto medicalizante do campo de álcool e outras drogas.

Vale ressaltar que, em março de 2020, em decorrência do cenário da pandemia da COVID19, os serviços foram reconfigurados e uma série de medidas prejudiciais aos usuários e trabalhadores foram tomadas para sustentar o necessário isolamento social, o que tem impactado nas práticas, como a “repetição de receitas”, a ampliação da distribuição de medicação para um tempo mais longo e a suspensão de práticas grupais.

Nesse sentido, resistindo às mudanças fortuitas geradas pela pandemia, Observatório GAM²¹ manteve a grupalidade de modo remoto, com intuito de manter o diálogo entre usuários, trabalhadores e pesquisadores, em apoio às iniciativas GAM.

Uma etapa da pesquisa que não pôde ser realizada, em virtude da pandemia do COVID-19, foi a validação das narrativas pelos sujeitos da pesquisa. Contudo, esta partilha será realizada tão logo se restabeleçam as atividades coletivas no CAPS AD, com as devidas medidas de biossegurança, de modo a agregar ao círculo hermenêutico da interpretação.

²¹ O Observatório GAM é uma rede-escola colaborativa de produção de conhecimento, apoio e fomento, composta por instituições entre Universidades Federais, Estaduais e Privadas, do Brasil, Espanha e Canadá, Associação Brasileira de Saúde Mental e gestões públicas de saúde, e tem como objetivo viabilizar trocas de experiências, além de dar visibilidade à produção científica sobre a estratégia GAM. No período de Janeiro a Outubro de 2020, tive a potente experiência de compor enquanto bolsista (edital Proec - Observatórios da UNIFESP-BS), sob a coordenação da professora Luciana Surjus).

Por fim, conclui-se que o efeito cogestivo vivenciado no grupo GAM reverberou de forma positiva na autonomia e participação dos usuários e trabalhadores envolvidos no processo. A implementação da estratégia GAM em um CAPS AD não deveria ser algo pontual, como o objeto desta pesquisa, mas sim se estender para os arranjos organizacionais nas demais práticas de cuidado, de forma permanente.

REFERÊNCIAS

ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ANTOGNETTI, M. R. B. **Humanos ou cobaias?** Trajetórias de cuidado e o desafio do direito à saúde de pessoas travestis e transexuais. 220 f. Dissertação (Mestrado profissional Ensino em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de São Paulo, Santos/SP, 2019. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/59084/MARCIA%20REGI-ANE%20BORGES%20ANTOGNETTI.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 fev. 2021.

ALVES, V.S. **Modelo de Atenção à Saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro de Atenção Psicossocial**. 365 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10857/1/33333333333333333333333333333333.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

AMARANTE, P. Medicalização da vida. In: COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DO CRP-RJ (org). **Direitos Humanos? O que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, Rio de Janeiro, 2007.

AMARANTE, P. Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: participação social atropelada, de novo. **Boletim – Projeto Análises de Políticas de Saúde no Brasil**, n. 15, p. 5-6, 2018. Disponível em: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/boletins/edicoes/31/>. Acesso em: 26 fev. 2021.

ARAÚJO, L. F. S. et al. Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira Pesquisa Saúde**, p. 53-61, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/6326/4660>. Acesso em: 26 fev. 2021.

ARENDDT, H. **Sobre a violência**. Trad. de André de Macedo Duarte. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

ARTAUD, A. **O teatro e seu duplo**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 10, n. 3, p. 549-560, 2005. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300013

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, vol. 18, n. 2, p.1 1-23, 2009. DOI: 10.1590/S0104-12902009000600003

BACCARI, I. O. P. **O texto narrativo na pesquisa qualitativa em saúde: referencial metodológico e instrumental**. 55 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/313040>. Acesso em: 26 fev. 2021.

BARBOSA, R. M. **A narração e a descrição: uma análise do positivismo e do póspositivismo a partir da literatura**. Belo Horizonte, 2008. Disponível em: http://www.publicadireito.com.br/conpedi/manaus/arquivos/anais/bh/rogerio_monteiro_barbosa.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

BARROS, J. A. C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, vol.17, p. 337-86, 1983. DOI: 10.1590/S0034-89101983000500003

BASAGLIA, F. **Psiquiatria Alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

BASAGLIA, F. Loucura/Delírio. In: AMARANTE, P. (org). **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Trad. Joana Angélica d' Ávila Mendes. Rio de Janeiro: Garamound, 2010.

BATISTA, M. Hermenêutica filosófica e o debate Gadamer-Habermas. **Crítica e Sociedade: revista de cultura política**. Vol .2, n. 1, jan./jun. 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/criticasociedade/article/view/15000/9769>. Acesso em: 26 fev. 2021.

BENEVIDES, L. L. M. G. **A função de publicização do acompanhamento terapêutico na clínica: o contexto, o texto e o foratexto do AT**. 184f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2007. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/2007_d_Laura_Goncalves.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

BEZERRA, J. R B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. DOI: 10.1590/S0103-73312007000200002

BOTEGA, N. J. et al. Prevalências de ideação, plano e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 25, n. 12, p. 2632-2638, 2009. DOI: 10.1590/S0102-311X2009001200010

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 9 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, 2002a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº 189, de 20 de março de 2002. Inclui na Tabela SIA/SUS os procedimentos a serem realizados pelos Centros de Atenção Psicossocial e operacionaliza o processo de cadastramento/recadastramento dos serviços. **Diário Oficial da União**, 2002b. Disponível em: <http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/189.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 27 ago. 2002c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/equipe_referencia.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, 2006

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 24 dez. 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.841, de 20 de setembro de 2010. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. **Diário Oficial da União**, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010_comp.html. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2011a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Diário Oficial da União**, 2011b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial. **Diário Oficial da União**, 27 jan. 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso off label: erro ou necessidade? **Revista de Saúde Pública**, vol. 46, n. 2, p. 395-397, 2012c. DOI: 10.1590/S0034-89102012000200026

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 16 jan. 2012d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental. **Cadernos de Atenção Básica, nº 34**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2017a. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://redehumanizaus.net/wp-content/uploads/2017/09/experiencia_diretriz_ambiencia_humanizacao_pnh.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Nota Técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRASIL. Decreto nº de 11, de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. **Diário Oficial da União**, 11 abr. 2019b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm. Acesso em: 25 out. 2019b.

BRASIL. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. Resolução nº 03, de 24 de julho de 2020. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad, o acolhimento de adolescentes com problemas decorrentes do uso, abuso ou dependência do álcool e outras drogas em comunidades terapêuticas. **Diário Oficial da União**, 28 jul. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-3-de-24-de-julho-de-2020-268914833>. Acesso em: 26 fev. 2021.

BONA, A. N. **Paul Ricoeur e uma epistemologia da história centrada no sujeito**. 209f. Tese (Doutorado em História) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010. Disponível em: <https://www.historia.uff.br/stricto/td/1174.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

BRAVO, M. I. S. Desafios atuais do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). **Serviço Social e Sociedade**, n. 88, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especialização matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. DOI: 10.1590/S1413-81231999000200013

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

CASTORIARDIS, C. **Figuras do pensável**. As encruzilhadas do labirinto VI. Trad. Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2004.

CHAUÍ, M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: CHAUÍ, M.; CARDOSO, R.; PAOLI, M.C. (Orgs.). **Perspectivas antropológicas da mulher**. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

CHIAVERNI, D. H. et al. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011. Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/629.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos direitos do cidadão; Ministério Público Federal. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas- 2017**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

COSTA P. H. A et al. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 20, n .2, p. 395-406, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015202.20682013

COSTA, P. H. A; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 23, n. 10, p. 3233-3245, 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182310.12572018

CRUZ, N.O. O sentido da violência a partir da hermenêutica filosófica de Gadamer. In: MODENA, M. R. **Conceitos e formas de violência**. Caxias do Sul: Educs, 2016.

DANTAS, J. B. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Factral: Revista de Psicologia**, vol. 21, a. 3, p. 563-580, 2009. DOI: 10.1590/S1984-02922009000300011

FERREIRA, I.M.F. **Gestão autônoma de medicação (GAM) e redução de danos no contexto potiguar**: uma composição possível? 207f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/28891>. Acesso em: 26 fev. 2021.

FIGUEIREDO, E. B. L.; GOUVEA, M. V.; SILVA, A. L. A. Educação Permanente em Saúde e Manoel de Barros: uma Aproximação Desformatadora. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 40, n. 3, p. 324-331, set. 2016. DOI: 10.1590/1981-52712015v40n3e01712015

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 59, n. 4, p. 532-536, ago. 2006. DOI: 10.1590/S0034-71672006000400011

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FURTADO, J. P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, vol. 1, n. 1, p. 1-11, 2009. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1013/1136>. Acesso em: 26 fev. 2021.

FURTADO, J. P.; MIRANDA, L. O dispositivo "técnicos de referência" nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. IX, n. 3, p. 508-524, 2006. DOI: 10.1590/1415-47142006003010

GADAMER, H.G. **Verdade e Método**. Petrópolis, Vozes, 1997.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Liber livro, 2005.

GOFFMAN, E. **Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

GONÇALVES, L. L. M. **A Gestão Autônoma da Medicação numa experiência com usuários militantes da Saúde Mental**. 255f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2013. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/laura2013doutorado.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, vol. 12, n. 24, p. 149-161, 2002. DOI: 10.1590/S0103-863X2002000300004

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do censo demográfico: 2010/IBGE**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv49230.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021. IBGE 2010

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Agro 2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. Disponível em: <https://censos.ibge.gov.br/2012-agencia-de-noticias/noticias/18282-populacao-chega-a-205-5-milhoes-com-menos-brancos-e-mais-pardos-e-pretos.html>. Acesso em: 26 fev. 2021.

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

JORGE, M, S, B. et al. Apoio matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto & Contexto – Enfermagem**, vol. 24, n. 1, p. 112-120, 2015. DOI: 10.1590/0104-07072015002430013

KIMATI, D, M.; MUHL, C. Agenciamentos da Psiquiatria no Brasil: Reforma Psiquiátrica e a Epidemia de Psicotrópicos. **Argumentum**, vol. 12, n. 2, p. 60–74, 2020. DOI: 10.18315/argumentum.v12i2.29114

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

KINOSHITA, R. T. Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, vol. 1, n. 1, jan.-abr. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68443/41222>. Acesso em: 26 fev. 2021.

LANCETTI, A. **Contrafissura e Plasticidade Psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LEÃO, A.; BARROS, S. Território e serviço comunitário de saúde mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. **Saúde e Sociedade**, vol. 21, n. 3, p. 572-586, set. 2012. DOI: 10.1590/S0104-12902012000300005.

LIMA, E. H. **Educação em saúde e uso de drogas**: um estudo acerca da representação das drogas para jovens em cumprimento de medidas educativas. 246f. Tese (Doutorado em Ciências) - Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/7244/1/Tese%20completa%20revisada%2024%20out%202013%20-%20Eloisa%20Lima.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

LIMA, R. C. The rise of the Psychiatric Counter-Reform in Brazil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 29, n. 01, 2019. DOI: 10.1590/S0103-73312019290101

MAGALHÃES, A. P. N. et al. Pre-hospital attendance to suicide attempts. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, vol. 63, n. 1, p. 16-22, 2014. DOI: 10.1590/0047-2085000000003.

MEDEIROS, R. G. O bem e o mal estar das drogas na atualidade: Pesquisa, experiência e gestão autônoma. 138f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/107680/000945104.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 fev. 2021.

MEDEIROS; J. Serviço especializado para pessoas em situação de rua. GESUAS, 12 abr. 2018. Disponível em: <https://www.gesuas.com.br/blog/servico-especializado-para-pessoas-em-situacao-de-rua/#:~:text=De%20acordo%20com%20dados%20do,sem%20pensar%20na%20quest%C3%A3o%20racial..> Acesso em: 26 fev. 2021.

MELO NETO, J. C. Poemas. In: MACHADO, L. R. **Novas Seletas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

MERHY, E. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e Cidadania: em debate**. Brasília: CFP, 2012. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/02/Drogas-e-cidadania.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

MERHY, E. E; FEUERWECKER, L; GOMES, M. P. C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T.B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 2a ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010a.

MINAYO, M. C. S. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, vol. 10, n. 2, p. 435-442, 2010b. Disponível em: <https://revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/1937/1880>. Acesso em: 26 fev. 2021.

MIRANDA, M. L. M. A diabolização do toxicômano. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). **Toxicomanias: incidências clínicas e sócioantropológicas**. Salvador: EDUFBA; 2009.

MIRANDA, L.; ONOCKO CAMPOS, R. T. Análise do trabalho de referência em Centros de Atenção Psicossocial. **Revista de Saúde Pública**, vol. 42, n. 5, 2008. DOI: 10.1590/S0034-89102008005000051

MIRANDA, L. et al. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. (org). **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008.

NERY FILHO, A., et al. (orgs). Parte III – entrevistas. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). **Toxicomanias**: incidências clínicas e sócioantropológicas. Salvador: EDUFBA; 2009.

OLIEVENSTEIN, C.; PARADA, C. **Droga, Adolescentes e Sociedade**. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

ONOCKO CAMPOS, R. T. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 21, p. 1269-1286, 2011. DOI: 10.1590/S0103-73312011000400006

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Narrativas: apontando alguns caminhos para sua utilização na pesquisa qualitativa em saúde. In: ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. (org). **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008.

ONOCKO- CAMPOS, R. T. et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. **Revista de. Saúde Pública**, vol. 43, n. 1, p. 16-22, 2009. DOI: 10.1590/S0034-89102009000800004

ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. **Interface**, vol. 16, n. 43, p. 967-980, 2012. DOI: 10.1590/S1414-32832012005000040

ONOCKO CAMPOS, R. T. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013001000013.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. (org). **Gestão Autônoma da Medicação – Guia de Apoio a Moderadores**. Sem local: DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/guia_gam_moderador_-_versao_para_download_julho_2014.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia & Sociedade**, vol. 23, n. 1, p. 154-162, 2011. DOI: 10.1590/S0102-71822011000100017

PASSOS, E; CARVALHO, S. V; MAGGI, P. M. A. Experiência de autonomia compartilhada na saúde mental: o “manejo cogestivo” na Gestão Autônoma da Medicação. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, vol. 7, n. 2, p.269-278, 2012. Disponível em: https://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/Volume7_n2/Passos,_Eduardo%3B_Carvalho,_Silvia_Vasconcelos_&_Maggi,_Paula_Milward_de_Andrade.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

PASSOS, E et al. Autonomia e cogestão na prática em saúde mental: o dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). **Aletheia**, n. 41, p. 24-38, ago. 2013. Disponível em <http://pep-sic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n41/n41a03.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

PEDUZZI, M; et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. **Clínica médica**, 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

PETUCO, D. R. S.; MEDEIROS, R. G. Redução de danos: dispositivo da reforma? **Boletim Drogas e Violência no Campo**, supl. 1, 2009. Disponível em: http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31. Acesso em: 26 fev. 2021.

PIMENTEL, I. C.B . **O famoso invisível**: Percepção da população em situação de rua do atendimento em urgência e emergência no Sistema Único de Saúde. 171 f. Dissertação (Mestrado profissional Ensino em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, Santos/SP, 2019.

PREFEITURA DE SANTOS. Decreto nº 7.020 de 16 de janeiro de 2015. Altera denominações das unidades administrativas que especifica, estabelece competências e dá outras providências. **Diário Oficial**, 19 jan. 2015. Disponível em: <https://egov.santos.sp.gov.br/legis/documents/5224>. Acesso em 26 fev. 2021.

PREFEITURA DE SANTOS. Decreto nº 8.165, de 19 de julho de 2018. Institui o programa “Novo Olhar” destinado à população em situação de rua no município de Santos, e dá outras providências. **Diário Oficial**, 20 jul. 2018. Disponível em: <https://egov.santos.sp.gov.br/legis/documents/6937>. Acesso em 26 fev. 2021.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. **Da pessoa que recai a pessoa que se levanta**: a recurtividade dos que usam crack. 227 f. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/41862/2017-0015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 fev. 2021.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. “Cada Caps é um Caps”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. **Psicologia & Sociedade**, vol. 24, n. 1, p. 150-160, 2012. DOI: 10.1590/S0102-71822011000400018.

REGO, N. G. et al. Pobreza e políticas sobre drogas: documentos de vigilância e tecnificação. **Revista Psicologia Política**, vol. 17, n. 38, p. 72-89, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v17n38/v17n38a06.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. Tra. Hilton Japiassu. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora. 1990.

RICOEUR, P. **Tempo e narrativa - Tomo I**. Campinas: Papyrus; 1994.

RODRIGUES, S. E. **Modulações de sentidos na experiência psicotrópica**. 253f. Tese (Doutorado) - Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, 2014. Disponível em: https://app.uff.br/slab/uploads/2014_t_Sandro.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

RONZANI, T. M., NOTO, A. R.; SILVEIRA P. S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: 2014. Disponível em: https://www2.uff.br/editora/wp-content/uploads/sites/113/2018/02/reduzindo_o_estigma_entre_usuarios_de_drogas.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001.

ROSA, L. C. S.; GUIMARÃES, T. A. A. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**, ano. XXII, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

RUAS, A. P. F. **A precarização do trabalho em saúde mental e os possíveis impactos clínicos nos centros de atenção psicossocial III de Campinas**. 127f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/333837/1/Ruas_AnaPaulaDeFarias_MP.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

SADE, C.; MELO, J. A política de narratividade na pesquisa-intervenção participativa. **Saúde e Sociedade**. vol. 28, n. 4, p. 49-60, 2019. DOI: 10.1590/S0104-12902019190695

SADE, C. et al. O uso da entrevista na pesquisa-intervenção participativa em saúde mental: o dispositivo GAM como entrevista coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 10, p. 2813-2824, 2013. DOI: 10.1590/S1413-81232013001000006

SANTOS, D. V. D. **A Gestão Autônoma da Medicação:** da Prescrição à Escuta. 228f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2018. Disponível em: <https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/deivisson2014doutorado.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

ARACENO, B. **Libertando Identidades:** da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Basaglia/Te Cora, 2001.

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

SILVA, M. B. B. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 1, p. 127-150, 2005. DOI: 10.1590/S0103-73312005000100008

SOUZA, V. R. **Contrarreforma Psiquiátrica:** o modelo hospitalocêntrico nas políticas públicas em saúde mental no Rio Grande Do Sul. 166f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. 2012. Disponível em: <https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/1945/1/000438729-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

SOUZA, R.F. **Redução de Danos (RD):** Suas implicações e contradições no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) de Santos. 171f. Dissertação (Mestrado profissional Ensino em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2018.

SOUZA, A. C.; RIVERA, J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Tempus - Actas Saúde Coletiva**, vol. 4, n. 1, p. 115-123, 2010. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Inclus%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

SURJUS, L. T. L. S. Sobre Meninos feridos, comportamentos agressivos e uso de drogas In: SURJUS, L. T. L. S.; MOYSÉS, M. A. A. In: **Saúde mental infante juvenil:** Territórios, políticas e clínicas de resistência. Santos: Unifesp/Abrasme, 2019.

SURJUS, L. et al. Articulações GAM em Santos e a partir de Santos. **Revista Polis e Psique**, vol. 10, n. 2, p. 122-142, 2020. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/103710/57536>. Acesso em: 26 fev. 2021.

SURJUS, L.T.L.S.; ONOCKO CAMPOS, R.T. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. 14, p. 122-133, 2011. DOI: 10.1590/S1415-47142011000100009

SURJUS, L. T. L. S; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Interface entre Deficiência Intelectual e Saúde Mental: revisão hermenêutica. **Revista de Saúde Pública**. vol. 48; p. 532-540, 2014. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048004711

TEIXEIRA, M. B; RAMÔA, M. L; ENGSTROM, R. J. M. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 22, n. 5, p. 1455-1466, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017225.32772016

THOMÉ, A.M. **Direitos, autonomia e liberdade: O que faz a Gestão Autônoma da Medicação quando entra num CAPS ad?**. 181f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, Planejamento e Gestão em Saúde) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2019. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/342122/1/Oliveira_AnaMariaThomeDe_D.pdf. Acesso em: 26 fev. 2021.

TINOCO, R. Comunidades terapêuticas livres de drogas – da intervenção ideológica à intervenção psicoterapêutica. **Revista Toxicodependências**, vol. 12, n. 1, p. 21-30, 2006. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/3112/1/Comunidades%20terapeuticas.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report 2011**. New York: UNODC, 2011. Disponível em: <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/WDR2011-web.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, vol. 6, n. 1, p. 1-16, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n1/15.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2021.

ZANIN, C. P. A Hermenêutica de Hans-Georg Gadamer. **Âmbito Jurídico**, 1 set. 2010. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-80/a-hermeneutica-de-hans-georg-gadamer/>. Acesso em: 26 fev. 2021.

ZORZANELLI, R. T.; ORTEGA, F.; BEZERRA JÚNIOR, B. Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**; vol. 19, n. 6, 1859-1868, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014196.03612013

WESTPHAL, M. F; BÓGUS C. M; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, vol. 120, n. 6, 1996. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15464/v120n6p472.pdf?sequence=1>. Acesso em: 26 fev. 2021.

WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

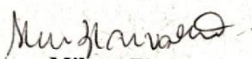
ANEXO A – Declaração de autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santos

SECRETARIA DE SAÚDE
GAB-SMS
COFORM-SMS

Santos, 2 de janeiro de 2019.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos, concorda que a pesquisadora **Prof. Dr^a Luciana Togni de Lima e Silva Surjus**, responsável pela aluna **Beatriz Cesar Lauria**, realize a pesquisa “**A implementação da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação no CAPS AD do município de Santos, São Paulo: efeitos na organização do serviço**”, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.




Milena Zimbres

Coordenadora em substituição

Coordenadoria de Formação e Gerenciamento de Recursos Humanos - COFORM-SMS

ANEXO B – Carta de autorização do CAPS AD - Santos

 SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

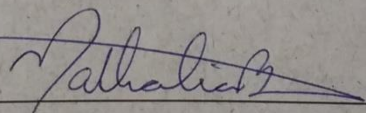
Santos, 03 de janeiro de 2019

Referente: Pesquisa “A implementação da estratégia da gestão autônoma da medicação no CAPS ad no município de Santos/SP: efeitos na organização do serviço

Assunto: Autorização de pesquisa

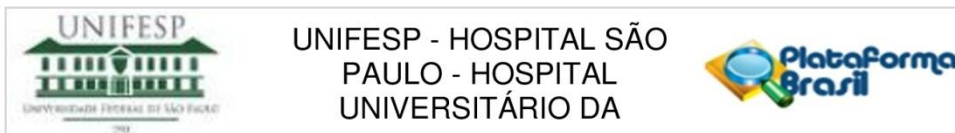
AUTORIZAÇÃO

Declaramos para os devido fins, ciência e autorização para que a pesquisadora Beatriz Cesar Lauria, realize a pesquisa “A implementação da estratégia da gestão autônoma da medicação no CAPS ad no município de Santos/SP: efeitos na organização do serviço”, assim como desenvolva grupos focais na unidade, conforme parecer favorável dos órgãos competentes.



Nathalia Barros de Andrade
Chefe CAPSAD ZOI
Reg:33537-3

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da UNIFESP caa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO NO CAPS AD NO MUNICÍPIO DE SANTOS: EFEITOS NA ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO

Pesquisador: BEATRIZ CESAR LAURIA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08061019.6.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.272.138

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 0138/2019

Trata-se de projeto de Mestrado de BEATRIZ CESAR LAURIA.

Orientadora: Profª Dra. Luciana Togni de Lima e Silva Surjus.

Projeto vinculado ao Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1269041.pdf, postado em 18/02/2019)

APRESENTAÇÃO:

A partir da perspectiva da Reforma Psiquiátrica brasileira, sob o alerta do aumento crescente da prescrição de psicotrópicos, objetiva-se avaliar os efeitos da implementação da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM), na organização de um Centro de Atenção Psicossocial de referência para cuidados a pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. A GAM é um dispositivo de cuidado emancipatório em saúde mental, desenvolvido no Canadá e adaptado ao

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.272.138

contexto brasileiro.

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, sob o referencial da hermenêutica crítica e narrativa, que utiliza métodos participativos para produção de dados. Prevê compreender os efeitos nas práticas de cuidado no CAPS AD II, do município de Santos, acompanhando a implantação de grupos GAM, com usuários e trabalhadores, deste serviço, onde será utilizado o GUIA GAM BR, considerando as peculiaridades do campo de álcool e outras drogas.

Os resultados esperados fixam-se na possibilidade de evidenciar os efeitos na própria organização do serviço, no tocante ao processo de trabalho da equipe multiprofissional, em especial, a contribuição do farmacêutico, e ao aumento do grau de autonomia dos usuários, diante do seu tratamento, favorecendo a corresponsabilização do cuidado em saúde

HIPÓTESE:

Acredita-se que implementação da estratégia GAM poderá contribuir para o aumento das ofertas e organização de espaços para a ampliação da autonomia dos sujeitos, promovendo maior apropriação das informações necessárias para o desenvolvimento dos processos de cogestão da conduta terapêutica.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

Avaliar os efeitos da implementação da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) sobre a organização das práticas de cuidado do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do município de Santos, São Paulo.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

Verificar se a estratégia incide na oferta e organização de espaços para a ampliação da autonomia dos usuários do serviço;

Analisar quais as contribuições do farmacêutico no CAPS AD, no âmbito da estratégia GAM. Identificar possíveis peculiaridades do campo álcool e outras drogas na utilização da estratégia GAM.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

RISCOS:

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55	CEP: 04.020-050
Bairro: VILA CLEMENTINO	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162
	E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.272.138

Pode existir algum desconforto em se submeter ao grupo focal, sendo que se justifica pela possibilidade futura de colaborar com a ampliação e a qualificação das ofertas de cuidado em saúde mental, redimensionando a importância do uso de medicamentos psicotrópicos no âmbito do tratamento.

BENEFÍCIOS:

A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) tem sido considerada uma metodologia de caráter emancipatório, voltada para o enfrentamento dessa problemática, e seu uso vem aumentando em serviços de saúde mental com diferentes populações. Esta pesquisa propõe-se a verificar os efeitos no serviço da estratégia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas no município de Santos-SP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TIPO DE ESTUDO: qualitativo.

LOCAL: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD), modalidade II, do município de Santos, São Paulo.

PARTICIPANTES: 12 trabalhadores que compõem a equipe multiprofissional.

Critério de inclusão para os sujeitos da pesquisa será estabelecido pelo vínculo ao serviço por, pelo menos, seis meses antes do período da realização do grupo focal, apresentação de interesse e desejo de participar do estudo.

PROCEDIMENTOS:

Os procedimentos de investigação pensados para atingir os objetivos propostos serão os grupos focais para coleta de informações. Pretende-se realizar dois grupos focais com trabalhadores deste serviço, o primeiro antes da implementação do grupo Gestão Autônoma da Medicação (GAM) e o segundo após o encerramento da última etapa do grupo. Ambos os grupos serão realizados no CAPS AD com um número mínimo de quatro (04) e número máximo de dez (10) participantes.

Cada encontro terá duração de aproximadamente duas horas, serão áudiogravados e posteriormente transcritos, todos os participantes receberão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com intuito de salvaguardar seus direitos.

(mais informações, ver projeto detalhado).

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.272.138

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados adequadamente os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma.
- 2- TCLE a ser aplicado aos participantes: apresentado pelo pesquisador (Pasta: TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência – Submissão 1; Documento: TCLE.pdf).
- 3- Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:
 - a)- Autorização da Secretaria de Saúde (Pasta: outros-Submissão 1; Documento: COFORM.pdf).
- 4- O modelo de questionário / roteiro de entrevista está anexado na Plataforma Brasil (Pasta: outros-Submissão 1; Documento: ROTEIRO.pdf)

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 3.200.908 de 15 de Março de 2019. PROJETO APROVADO.

1 – Deve ser enviada uma declaração, assinada pelo pesquisador, de garantia de sigilo e anonimização dos dados e de responsabilização por qualquer problema em relação a quebra de sigilo dos participantes.

RESPOSTA: Incluída a declaração solicitada, assinada pelo pesquisador, em formato PDF, no campo Declaração de Pesquisadores.

PENDÊNCIA ATENDIDA

2 – Com relação ao TCLE:

2. A) Retirar a palavra “anexo” do cabeçalho do documento, já que o TCLE não é um anexo, mas sim um documento individualizado.

RESPOSTA: Retirada a palavra anexo do cabeçalho do documento TCLE por se tratar de um documento individualizado. Anexado, em formato PDF, no campo TCLE, com a devida alteração.

2. B) Na página 2 consta que será fornecida uma cópia do termo. Substituir a palavra cópia por via (Resolução CNS nº466 de 2012, item IV. 5.d)

RESPOSTA: Solicitação atendida, documento anexado em PDF, no campo TCLE, com as devidas alterações na cor vermelha.

2. C) No campo de assinaturas, além da assinatura, inserir local para o nome do participante.

RESPOSTA: Solicitação atendida, documento anexado em PDF, no campo TCLE, com as devidas

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55		CEP: 04.020-050
Bairro: VILA CLEMENTINO		
UF: SP	Município: SAO PAULO	
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162	E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.272.138

alterações.

2. D) No campo de assinaturas, um campo deve ser para o nome do pesquisador e outro para sua assinatura.

RESPOSTA: Solicitação atendida, documento anexado em PDF, no campo TCLE, com as devidas alterações.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1295346.pdf	27/03/2019 11:51:08		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	27/03/2019 11:45:34	BEATRIZ CESAR LAURIA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	27/03/2019 11:32:11	BEATRIZ CESAR LAURIA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO.pdf	27/03/2019 11:18:45	BEATRIZ CESAR LAURIA	Aceito
Outros	COFORM.pdf	18/02/2019 10:40:16	BEATRIZ CESAR LAURIA	Aceito
Outros	CEP.pdf	18/02/2019 10:39:34	BEATRIZ CESAR LAURIA	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	18/02/2019 10:38:58	BEATRIZ CESAR LAURIA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	18/02/2019 10:37:42	BEATRIZ CESAR LAURIA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTO.pdf	18/02/2019 10:19:00	BEATRIZ CESAR LAURIA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.020-050
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.edu.br

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

campus Baixada Santista

Título da pesquisa: A implementação da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do município de Santos, São Paulo: efeitos na organização do serviço.

Nome do pesquisador responsável: BEATRIZ CESAR LAURIA

Número do CAAE: 3.272.138

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo.

Não há despesas pessoais para os participantes, como também não haverá compensação financeira referente à sua participação.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias originais, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo. Também poderá se abster em responder uma ou mais questões caso sintá-se desconfortável.

Justificativa e objetivos: O aumento do uso de medicamentos tem sido considerado um grave problema de saúde pública no mundo contemporâneo. No campo da saúde mental, essa preocupação está associada aos efeitos de seu uso crônico e à falta de participação da população no planejamento ou na tomada de decisões sobre o tratamento que lhes convém, reduzindo a possibilidade de ganhar autonomia, protagonismo e ampliação da participação social. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) tem sido considerada uma metodologia de caráter emancipatório, voltada para o enfrentamento dessa problemática, e seu uso vem aumentando em serviços de saúde mental com diferentes populações.

Esta pesquisa propõe-se a verificar os efeitos no serviço da estratégia de Gestão Autônoma da Medicação (GAM) num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas no município de Santos-SP.

Objetivos:

Geral: Avaliar os efeitos da implementação da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) sobre a organização das práticas de cuidado do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do município de Santos, São Paulo.

Específicos:

- Verificar se a estratégia incide na oferta e organização de espaços para a ampliação da autonomia dos usuários do serviço;
- Analisar quais as contribuições do farmacêutico no CAPS AD, no âmbito da estratégia GAM.
- Identificar possíveis peculiaridades do campo álcool e outras drogas na utilização da estratégia GAM.

Procedimentos: Serão realizados dois grupos focais com os trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSAD), um grupo prévio a implementação da estratégia GAM e outro posterior ao encerramento da última etapa do grupo.

Ambos os grupos serão realizados no CAPS AD com um número mínimo de quatro (04) e número máximo de dez (10) participantes.

O critério de participação para os sujeitos da pesquisa será estabelecido pelo vínculo ao serviço por pelo menos seis meses antes do período da realização do grupo focal, apresentação de interesse e desejo de participar do estudo.

Nos dois grupos serão abordados sobre a concepção e organização do serviço, das práticas, da equipe e sobre autonomia e direitos dos usuários do serviço.

Os dados e informações serão audiogravados e posteriormente transcritos.

Desconforto e benefícios: Pode existir algum desconforto em se submeter ao grupo focal, sendo que se justifica pela possibilidade futura de colaborar com a ampliação e a qualificação das ofertas de cuidado em saúde mental, redimensionando a importância do uso de medicamentos psicotrópicos no âmbito do tratamento.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Para pesquisas conduzidas no exterior ou com cooperação estrangeira, ficam assegurados os compromissos e as vantagens, para os participantes das pesquisas e para o Brasil, decorrentes da realização desta pesquisa, cujos resultados ficarão de posse da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista.

Contatos:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Beatriz Cesar Lauria, pelo Telefone: (013) 997221506, ou por email, bc.lauria36@gmail.com

Em caso de dúvidas ou denúncias quanto a questões éticas você poderá se dirigir ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, Vila Clementino - 04020-050. – tel: (11) 5571-1062 fax: (11) 5539-7162, e-mail: cep@unifesp.edu.br

Termo de Consentimento livre e esclarecido: Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar.

Data:

____/____/____

(Nome do participante)

(Assinatura do participante)

Responsabilidade do Pesquisador: Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado.

Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data:

____/____/____

(Nome do pesquisador)

(Assinatura do pesquisador)

(Nome do pesquisador que está aplicando o TCLE)

(Assinatura do pesquisador que está aplicando o TCLE)

APÊNDICE B – Roteiro do grupo focal

Pesquisa: “A implementação da estratégia da Gestão Autônoma da Medicação no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do município de Santos, São Paulo: efeitos na organização do serviço”.

1. Fala introdutória: Explicar a pesquisa:

- Sobre a condução do Grupo Focal (coordenação e observação)
- Sobre o que é um Grupo Focal e o que ele não é (não é entrevista individual ou coletiva; não há certo nem errado).
- Sobre o sigilo e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- Após a fala introdutória será fornecido duas cópias do TCLE, que será integralmente lido e posteriormente assinado.

2. Provocadores para Discussão:

Concepção e organização do serviço

- Por que e para que um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas (CAPS AD)?
- Do que sofrem as pessoas que se tratam aqui?
- (Explorar qual a demanda dos usuários).

Concepção acerca da organização das práticas

Tratamento/cuidado (recursos para (medicamentos, formas de organizar o trabalho, lugares/espacos/serviços)

- O que acham que é necessário para o tratamento/cuidado das pessoas que sofrem por decorrência do uso abusivo de substâncias psicoativas?(estrutura, recursos).
- O uso de psicotrópicos pode se inserir nos projetos de cuidado? De que forma?
- Quando as pessoas possuem dúvidas sobre a medicação. Como se dá a condução da equipe?

Concepção e organização da equipe.

- Por que se justifica a composição de uma equipe multiprofissional num Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?
- Possui diferença a organização multi ou interprofissional?
- Como percebem? Se tem diferença, como se dá na prática?

Autonomia e Direitos

- Como aparece no dia a dia da equipe?
- Explorar, quais são os problemas, há práticas que respondem a isso? Como fazem?
- Como vocês entendem a relação entre saúde mental, drogas e direitos humanos? Como isso aparece no dia a dia do trabalho de vocês? O que conhecem sobre os direitos dos usuários?

APÊNDICE C - Transcrição grupo focal realizado no CAPS AD em 10 de fevereiro de 2019

Condutor: Bom gente, então é, vou iniciar. Vou só rapidamente falar, é, meu papel é de facilitadora, coordenadora do grupo, eu. Isso é mais para mim mesmo, eu não posso me posicionar. Então na realidade eu vou mais facilitar a discussão pra que não saia da proposta daquilo que eu quero responder, que é do meu, né? da minha pergunta de pesquisa, é.... Eu vou iniciar com uma questão disparadora, né, e aí vocês fiquem livres e à vontade pra comentar. E assim, falem o que quiserem, acho que tudo vai ser objeto de análise, ta? É, a primeira questão pra início é: “Por quê e para quê um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas, né, um CAPS AD¹? Pensando, qual é a finalidade de um CAPS AD e qual que é a origem, né, desse CAPS AD? Por que?”

Participante 4: Vamo lá (risos)

Condutor: Ninguém vai arriscar? Dar a largada? É livre e à vontade.

Participante 5: Assim, eu posso falar dentro da Saúde Mental de Santos, né. Que era tudo assim não tinha separação, né que a gente viveu a Casa de Saúde Anchieta e aos pouquinhos começava a separar né, os NAPS² do CAPS³. E qual a finalidade? A finalidade acho que é acolher, né, sempre, ajudar a pessoa a se cuidar e nisso tem uma parcela bem pequenininha, a medicação né, que a gente vê que as vezes até atrapalha do que ajuda. É o meu modo de ver, é isso.

Participante 6 : É, se a gente pensar assim, mas aí já existiam os CAPS, né, que também davam cuidado para pessoas com sofrimento mental e um usuário que faz um uso abusivo indiscriminado de qualquer substância também tá em sofrimento mental, né, então por que um CAPS especificamente AD, né? Pergunta difícil.

Participante 7: Tava pensando aqui e tava lembrando do *crack* né. A demanda é o aumento do uso, essa substância *crack*, sei que essa porcaria, mas trabalhada, geralmente vem uma palavra né, álcool e outras, o *crack* acho que é. Tem uma coisa muito do combate ao *crack*, né teria que realmente, é uma pergunta difícil. Aí eu lembrei assim do *crack* e do álcool, isso é bem nítido, né álcool, *crack* e outras drogas, acho que tem muito a ver com a substância. Talvez *crack* nessa

¹ Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.

² Núcleo de Atenção Psicossocial.

³ Centro de Atenção Psicossocial.

sociedade, de combater ou de tratar, sei lá eu não sei. É e eu acho que a finalidade é, não só acolher, mas eu acho que também é, tem a coisa da, do social, sabe, da ressocialização da emancipação do sujeito. Os CAPS tem muito disso, né, talvez de resgatar um pouco desse indivíduo, acho que nesse sentido, acho que de resgate do indivíduo. Os CAPS acho que mais do que uma CT e uma instituição privada da liberdade, acho que, essa coisa de tá no território, de trabalhar com eles no próprio território, acho que de resgate talvez dentro do ambiente dele, né, se ele precisar acionar um local. É uma pergunta muito difícil de se responder assim, acho que tem muito a ver com isso, de resgatar o indivíduo mas, acho que na área no território, sabe? Dos laços, de reconstruir laços...

Participante 4: Então (risos) eu vejo a questão do CAPS AD, eu vejo a construção de um CAPS especificamente AD algo contra a guerra contra as drogas. Não existe um CAPS AD justamente por causa do fundamento da guerra contra as drogas, eu vejo que é um equipamento, que tem uma outra visão, né? Parte de um outro conceito, que é o que a gente tá falando aqui, território e o sujeito autônomo, empoderado, outras questões. Mas a necessidade de ter um específico AD é pra mostrar que essa guerra contra as drogas, na verdade existem pessoas ali, pessoas que estão em sofrimento mental então essas pessoas precisam estar em um local. E devido a preconceitos e estigmas que esta população tem e acabava não sendo atendida, acredito em lugares de saúde mental, em outros CAPS, então eu vejo que aí é preciso dessa necessidade específica de um CAPS AD que realmente é um CAPS voltado pra este perfil da população. Então onde o estigma e preconceito estariam, pelo menos menores, né, é um CAPS pra esta população. É, mais é isso, é uma população em sofrimento mental, por isso que a gente precisa, por isso acredito que tem um CAPS AD, por causa do estigma e preconceito em relação ao uso de drogas e pra poder tratar dessas pessoas que estão em sofrimento devido ao uso de drogas. Era isso que tu queria? (risos)

Participante 9: É uma pergunta que a gente faz desde sempre, pra que o CAPS AD. Hoje mesmo a gente estava conversando com o pessoal da Abordagem de Rua e elas mesmo falaram dessa colocação, não deveria existir, não existe os CAPS, né. Porque essa diferença, essa diferença ao invés acho que de proporcionar, acho que dentro do serviço, existe uma visão do cuidado, mas eu acho que uma coisa mais ampla ao invés de pensar mais no cuidado, pensa muito mais na exclusão e na marginalização dessas pessoas, né. E aí o pensamento da epidemiologia do *crack*, que é uma doença, né, uma epidemia, tra lá lá, vai justificando mais ainda na questão de ter um local específico pra cuidar dessa doença, como se fosse uma TB⁴, como se fosse, né.

⁴ Tuberculose.

Porque o pensamento foi construído dessa maneira, muito em relação ao *crack*, me veio essa história da epidemiologia do *crack*. Enfim, é uma coisa que eu me questiono sempre por quê um CAPS AD, mas é um desafio pensar nisso.

Participante 12: Eu acho que a gente vive uma crise do livre arbítrio, sabe? Porque sempre, sempre não, mas de uns tempos pra cá, vinha questionando essa existência de um CAPS especificamente AD. Sendo que um ser que faz uso de uma determinada substância organizada sem um sofrimento não seria uma questão na minha, no meu modo de ver. Então alguém que usa *crack* uma vez por mês, com os filhos protegidos, com a família organizada e só vais usar no mês seguinte quando né, sem comprometer sua renda, uma pessoa que não desorganiza a vida pra fazer o uso, seja de qualquer substância que for, pra mim não seria um problema. Eu tenho a idéia que todos nós em alguma medida fazemos uso de substâncias que dêem algum prazer, que sejam psicoativas. E aí fico pensando que, quando, na criação dos CAPS, que era uma luta, de um lugar social pras pessoas loucas e aí dentro dessa própria luta, a questão do uso de substâncias sempre foi entendido como uma questão de escolha “então, eu escolho ser louco, eu escolho quebrar tudo”. As pessoas podem entender que eu tenho uma doença mental que pode nunca ser achada, né, neurologicamente, mas que pode existir. As pessoas conseguem entender o funcionamento de um esquizofrênico, mas é muito difícil entender que todos tem um desejo por beber e que alguns se descontrolam nessa bebida, assim, e aí é muito difícil inclusive que essas equipes que fazem o cuidado das pessoas loucas. Então quando luta por lugar do louco na sociedade, o lugar da pessoa que usa drogas desreguladamente é muito complicado. Sempre trago um pouco mais pro lado político assim. Existe um CAPS AD para também dialogar com essas equipes, dialogar com a sociedade, o que, de onde nascem esses usos de substâncias psicoativas, o que de fato eles interferem na vida da gente, o quanto que as pessoas mesmo vão ficar presas nesse uso, quimicamente, corporalmente, socialmente. Acho que a gente tem um papel de, disso, de firmar um uso que é da sociedade, que é construído por ela, mas que existe, que causa danos e que tem questões relacionadas. Então, acho que é uma crítica também que eu faço a todos os CAPS, que é isso, o quanto que a gente consegue dialogar e discutir com a sociedade a questão dos seus desvios de padrão de funcionamento. Assim, se eu tenho alguém que funciona diferente e eu nunca sei lidar com essas pessoas que funcionam diferente assim, ao mesmo tempo existe, tem que existir uma determinada norma pra que a sociedade continue organizada. Não sei se fui clara, acho que fui bem bagunçada, mas enfim.

Participante 6: É, falando desse jeito que você falou agora a gente até tem um ponto positivo por que que tem um CAPS AD, né? Que é pra dialogar com esta outra equipe do CAPS que não tem esse entendimento da pessoa que faz um uso abusivo do álcool ou qualquer outra droga. Mas, é, tem outra questão que as pessoas entendem que como se a gente aqui no AD fosse uma especialidade, né? Então que nem a gente tá fazendo um grupo lá no, tá apoiando o CAPS da Zona Noroeste, né? Que assim o tempo inteiro eles se reportam pra gente, como se a gente fosse especialista, como se a gente fosse solucionar, né e como é difícil isso, né? Porque, qual é a solução, né e fazer a pessoa entender que o nosso trabalho é bem igual o deles ali, né, que é sofrimento mental também que a pessoa. Porque, existe aquela questão de acreditar muito no abuso da droga, é uma escolha né, tem isso, faz por que que, né. Então e aí tendo esse julgamento moral, né, que faz um abuso de droga ilícita, eu acho que isso é ter um CAPS AD separadamente. Pra mim é mais negativo do que positivo no cuidado dessas pessoas, eu acredito. Eu já passei por um caso que não era AD, eu vivi esse outro lado e eu tinha resistido, apesar de ter questões familiares, né? Meu pai foi paciente aqui e ainda assim que quanto a gente tem que sentir e viver um processo na pele mesmo, né (risos), né. Qual é, como que deve ser cuidado, qual é o cuidado, né? Sei lá, tô viajando.

Condutor: Pensando um pouco do que vocês estão trazendo, é problematizando esse cuidado, trazendo elementos como preconceito, estigma, questões políticas, a parte da epidemiologia. Como pensar do que sofrem as pessoas que se tratam aqui, no CAPS AD, que sofrimento é esse?

Participante 7: Aceitação, tô pensando em não aceitação da sociedade em si, o lado marginal da substância que não é legal, né. Eu penso assim, que o álcool apesar de trazer consequências mais graves. Assim tem uma questão meio social, todo mundo bebe, todo mundo tá por aí, na praia, etc e tal, mas acho que tem uma lista muito de rejeição social e aqui do lado marginal, marginalizado por conta das substâncias que são ilegais. Acho que é nitidamente, acho que eles sofrem por isso mais do que de até com, assim, conversando assim na convivência diária no cotidiano eu acho que eles fazem, a não aceitação deles, né, do espaço, do abandono e inclusive até do meio. E é complicado eu acho, super complicado, e tem aquela coisa mesmo, eu uso porque quer, né. Tá sempre ligando, navegando entre uma linha muito tênue entre a marginalidade ou não porque às vezes você tem que fazer coisas, que de certo modo né, tem essas questões assim. Acho que eles sentem isso, se a gente for conversar assim no cotidiano eles, da não aceitação.

Participante 3: Existe um ritual assim, eu percebo, é singular, porque cada um que usa ...estar aqui nesse espaço que vem um sofrimento da pessoa individualizado, singularizado e existe um macro, que é como a pessoa se vê, que é a grande maioria “eu sou um adicto, eu recaí”. Que são questões que vai remoendo e vai gerando uma e vai propagando, que vai gerando maior, uma maior como posso dizer?, uma maior estigma, uma maior, vai fazendo ele criar uma roda, um círculo vicioso. Em vez de mudar a roda, existe isso muito pesado, vai se colocando, as palavras que vão se ver, a sua auto crítica, ou como você se vê. É muito forte e negativo e consegue observar as *expertise*, as possibilidades que existe no mundo, que ele possa fazer, ele não percebe isso dentro dele que muitas das vezes sempre tem alguma coisa, sempre, sempre. Você observa e você vê que tem, mas isso não é potencializado, a própria pessoa não percebe isso nela então, e isso geralmente é social. Então a pessoa que está acamada e faz um uso de uma substância que é para curar a sua doença é uma coisa, é olhada de uma forma, a pessoa que faz o uso de substância porque ela tá sofrendo, tá com sofrimento, depressão e ela recorre a esse uso e é olhada na rua, ela é olhada de outra forma, olhada com estigma, olhada com olhar de desprezo. Olhada é como se fala, é me olha como bosta, chamada um bosta, “olha aí essa drogada”, já ouvi vários relatos assim, “drogada”. E isso vai gerando essa conduta que é difícil a gente conseguir ir galgando e mostrando que tem outras saídas, outro mundo além disso, outras coisas além, outras possibilidades.

Participante 3 e 4: Construção de círculo vicioso negativo...?

Participante 12: Acho que a gente discute essa coisa várias vezes. Eu não sei porque as pessoas sofrem, eu acho que, tenho certeza que as pessoas não sofrem de drogas, a droga não é o sofrimento, ela é o remédio. Ela é o que entra nesse lugar, assim e que não é necessariamente aplacar uma dor ou um sofrimento, sim, mas é num vazio, num sofrer que é humano, assim, que todos nós temos e que algumas, principalmente algumas esferas sociais assim são impelidas todo tempo a ocuparem esse lugar. Esse lugar de não fazer, de não criar, de não pensar e aí, enfim. Mas são diversos os sofreres e isso vem a calhar, de que é, acho que é isso, a droga vem a calhar na sociedade onde a gente vive. As pessoas usavam cocaína um século atrás pra trabalhar, e trabalhavam muito mais e era muito bom e as pessoas compravam ela numa boa e aí em determinado momento as pessoas começaram a se rebelar e isso começou ser um problema. Só que um problema em partes, porque é bom você ter as pessoas inúteis entre aspas, assim que as pessoas bostas, que essas pessoas sempre lembram a gente que tá aqui que a gente pode chegar ali sabe, elas mantêm a gente nesse lugar também, não sei... A sociedade sem uso de drogas não estaria estruturada como ela está, a droga é importante e um pouco perversa. E o não

conhecimento que a gente vai construindo também, também tem lugares, que a gente tá aqui trabalhando num CAPS AD e pouco a gente fala de fato das substâncias do que elas fazem, quais são suas ações, quais são suas potencialidades, seus efeitos, seus tempos, as drogas, as substâncias que podem ser curativas, que podem ter efeitos, principalmente as psicoativas. Elas tem um poder associado que é muito difícil de desmistificar e acessar também assim, existe uma fantasia social de que isso é um conhecimento que só cabe a uma parte muito específica das pessoas.

Participante 4: Pensei bastante (risos). É, assim a gente tem vários níveis da sociedade que usam drogas e vários níveis da sociedade que são atendidos aqui no CAPS AD, mas a grande maioria realmente das pessoas que a gente tem contato diário, pra tentar entender do que que elas sofrem, eu só consigo ver questões sociais. Eu vejo que ela sofre do desemprego, ela sofre de injustiça, ela sofre de uma família desestruturada, ou não, uma família, ela sofre de pobreza. É, eu vejo questões sociais que ela sofre e que a droga ocupou, chegou um dia ocupar um lugar. E aí essa pessoa tem esse sofrimento anterior e tem esse uso da droga. Também acho que sofrer de droga ninguém sofre, também, é, eu acho que traz o preconceito, traz a vergonha, o medo e a culpa, aí isso vai gerar esse sofrimento nessas pessoas, pelo estigma, por tudo que tá em cima da droga, que aí vai trazer realmente esses sentimentos de vergonha, de medo e de culpa. E entra nesse ciclo, que o M. tava falando, que aí a pessoa tá nessa carapuça, né, que fala, de realmente um usuário de drogas, e acaba ficando nesse ciclo e sofrendo esse ciclo e tendo recaídas e estando abstinente. E com essas inúmeras palavras que usam pra questão de dependência química, que a gente não utiliza esse termo, então realmente acho que elas sofrem de questões sociais, de questões.

Participante 9: Injustiça

Participante 8: Eu discordo um pouco tanto de que seja a questão social a coisa número 1 que leva ao sofrimento, quanto discordo que a droga seja uma solução melhor. Você falou assim “que ela é muito importante, mas traz alguns problemas”. Acho que ela traz muitos problemas, mas também acho que ela é importante, né. Eu acho assim que o sofrimento mental nunca foi entendido, é uma área que ninguém dá conta. Uma época não soube o que fazer, tranca lá que a gente nem olha e né, finge que não existe, enche de droga que assim o cara fica lesado e pelo menos não dá problemas, né. É só o que que acontece, a loucura existe ou o sofrimento mental existe e tá aqui, tá entre nós todos, né, a gente não tem como negar isso, né. Então, por exemplo, se fosse uma questão social só, esse monte de jovem rico cheio da grana, é que eles não são a população que a gente atende na maioria aqui, eles não teriam também tanto sofrimento, tanta

angústia e isso é muita coisa que tá acontecendo, de adolescentes se suicidando, se mutilando, se machucando, se drogando. Eu acho que a gente foge é de uma realidade de que a vida humana, ela traz muito sofrimento, todos nós sofremos, todos nós temos as nossas angústias, as nossas dores e acho que o grande desafio é conseguir dar conta disso. Só que as vezes a angústia é muito grande e a pessoa não conseguindo dar conta daquilo e não sabendo por onde fugir, encontra uma rota de fuga né. Tanto é que nem todo mundo é viciado em drogas, alguns são viciados em sexo, outros são viciados em comida, outros são viciados em jogos. Mas o que a pessoa tá procurando nessa corrida pra alguma coisa é uma fuga, é sair daquilo que ela não tá aguentando lidar. Outros vêem televisão compulsivamente, aquilo tira do planeta mesmo. Eu conheço casos de pessoas que lêem, lêem, devoram livros, é não é só para adquirir conhecimento, é para sair do sofrimento. Então eu concordo que a droga pode ser usada, ela é usada como uma saída do sofrimento, só que eu concordo com aquilo que a gente discute com o T. que, em algum momento, se a pessoa se perdeu no uso lá e que se tá trazendo mais problemas do que, do que solução, ela tem que avaliar se é uma boa saída. Eu costumo trabalhar com os pacientes nessa, nesse caminho “é uma saída? Sim, provavelmente foi o que te ajudou a segurar aquele momento tão ruim, tão difícil”. “Só que tá trazendo outros problemas tão grandes com os quais eu não consigo lidar hoje e assim em várias áreas da minha vida, pô, desestruturou todo o meu caminho esse, eu não sei mais o que fazer”. Que é nesse estado que eles vêm buscar a gente aqui geralmente. Então, talvez seja o momento de pensar que outros caminhos haveriam, né, não pra suprimir a droga e talvez em algum momento de até substituir por outra droga, que também é comprada na drogaria, né e que se é comprada na drogaria, é porque é droga também, mas com o objetivo de ajudar a se reorganizar. Se não entender aquilo que tá acontecendo, de que jeito eu posso dar, ter outra saída pra aquilo, né. Mas eu acho assim, que boa parte, se ela vê como uma solução, eu acho que é muito evidente que não foi uma boa solução, se for jogado tudo só nisso, não é uma boa solução, porque tá trazendo muito sofrimento pras pessoas, pra sociedade toda com a qual a gente também não sabe como lidar.

Participante 4: Sim

Participante 8: Substituir por outros caminhos, até por medicamentos.

Participante 6: Ô A., você falando, tô aqui pensando bastante, e pensando na droga mais ou menos nesse sentido, ela não tá sendo usado como remédio?

Participante 8: Tá sendo usada como remédio. Mas, por exemplo, tem remédios que eu posso usar e me trazer mais danos do que, tanto é que vem aquela lista de efeitos colaterais vai, alguns remédios. Por exemplo, vai, eu vou num churrasco num fim de semana, quero estar relaxada e tomo uma cerveja e fico bem, tudo bem. Vamos dizer que aquilo foi uma droga foi um remédio que eu tomei pra ficar bem e fiquei. Vamos supor que eu vô tomo a mesma bebida e não consigo, perco controle naquilo, e aí eu brigo com a minha família e aí eu crio uma situação, então é uma droga com efeitos colaterais que não me fazem bem. Precisa reavaliar isso, precisa ver em que dose, se eu sou, se é uma coisa adequada pra mim. Porque senão, em vez de o que foi por um momento aliviou o sofrimento, depois traz outros sofrimentos.

Participante 7: É pensando nesse prisma, até, é, é isso: a causa não é a droga, né, a droga seria o remédio como a M. falou. Mas assim, é, a causa, assim é muito complicado porque o próprio paciente depois, são crônicos, aí, pelo menos o que a gente vê. Tava lendo, esse vai e vem, vai e vem. Não sei como o ritmo é assim né, é complicado porque eu acho que não se trabalha muito com a causa sabe, a causa fica em prol do, só do uso da droga. Acho que fica muito focado na droga, e a causa nem o próprio paciente consegue buscar e resgatar. Ah tá e aí você fala pros pacientes as vezes trancar a droga é ela não é a causa, é o remédio. Mas de repente, o cara acha que é o remédio, o cara acha que de repente também, voltando aqui pro olhar da A. pode ser um remédio que o cara acha que “tá, é um remédio então vou tomar a vida inteira porque me faz bem”. Então tem que reavaliar até isso, o cara não consegue trabalhar, interiorizar e realmente perguntar “ops, porque toda vez que eu tô assim eu vou lá e uso mais *crack*”, sei lá “ops quando eu tô assim eu vou lá e uso mais álcool” sei lá. Não se tem, ele não se permite esse trabalho de entrar na vida dele...

Participante 8: Acho que não é nem não se permite, não sabe, porque é difícil isso, né?

Participante 7: Tá bloqueado, é, pode ser um bloqueio, não consegue, de algum jeito uma pessoa que não consiga, e fica preso no remédio.

Participante 12: Eu só queria, eu acho uma coisa não ficou clara. Assim, eu falei “eu acho mesmo que a causa não seja a droga individualmente” e se eu falei que ela é importante, era numa esfera mais macro mesmo. Assim, por exemplo, como você mantém exércitos de pessoas desempregadas, sem que essas pessoas se rebelem? Droga todo mundo, daí eles são inúteis funcionais, são pessoas que não conseguem sair disso. Atendi hoje um menino que não tem emprego, aí ele não tem emprego tem que morar com a mãe, aí a mãe inferniza, aí ele usa droga pra irritar ela. Ele nunca vai sair desse ciclo, ele vai ter 17 anos pra sempre. E aí existe um querer que é dele, existe um querer que é dele. Mas que tipo de vida as pessoas levam que o

querer maior que elas tem é um prazer de três minutos assim, uma *bad* de três dias, sabe? Que o cara usa cocaína fica lá 20 minutos bem, depois ele fica três noites *noiado* achando que tá alguém atrás dele? São escolhas muito equivocadas, as vidas tem muito sofrimento pra levar as pessoas a estas escolhas, eu acho.

Participante 7: E aí não consegue enxergar, né, a escolha...

Participante 12: E é muito duro pra própria pessoa entender que a escolha não é ela que faz. Como a gente também passa por isso, a gente faz um monte de escolhas que se a gente pudesse a gente escolhia outra coisa, viajar pra Cancun. Mas a agente fica aqui trabalhando por algum motivo, porque alguma coisa traz a gente pra estar aqui.

Condutor: Pensando um pouquinho no que vocês estão trazendo, e tô entendendo que são percepções, né, do cuidado. Houveram vários elementos assim, da percepção que vocês tem do sofrimento dessas pessoas, né, fazem chegar aqui, seja ele, o uso da droga como remédio mas, que em algum momento pode trazer algum sofrimento; sejam questões meramente sociais, ou as duas questões: uns como remédios mas também as questões sociais muito relacionadas. Como que a gente consegue pensar então, aqui no CAPS AD? É, pensando nas práticas de cuidado, o que que é necessário pra cuidar dessas pessoas que vem com esse sofrimento? Pensando um pouco na estrutura, nos recursos, né e aí eu tô tentando, pedindo que vocês tragam a percepção de vocês, né. De fato o que seria necessário? Mão necessariamente o que que acontece, o que a gente tem. O que seria necessário para esse cuidado?

Participante 12: A M. vai me matar se eu falar (risos).

Participante 4: Na perspectiva que eu trouxe, moradia em primeiro lugar. Então, pra ter um cuidado com as pessoas, elas teriam que ter uma moradia, um emprego, de acordo com o interesse de cada um, com o perfil de cada pessoa. É, acho que atividades prazerosas, atividades de lazer, esporte, cultura, é essas coisas estariam todas envolvidas neste cuidado.

Participante 8: Bom, partindo desse princípio, porque então será que pessoas dentre essas que a gente atende mesmo, algumas tenham casa, família, lazer, etc, etc, etc..., foram parar hoje lá num abrigo público, sem, sem? Algumas delas tiveram essas experiências e por isso que eu fico questionando se a questão. É lógico que a questão social também traz sofrimento, acho que a nossa sociedade como um todo é muito desumana, essa vida que a gente vive é desumana, se tem uma dor de barriga: “não, agora eu não posso ir no banheiro não porque tenho que fazer não sei que”. Ah, eu tô com saudade do meu filho: “não, agora não posso que eu tenho que trabalhar”. Ah, não sei quem tá doente: “mas eu não posso...”. Eu acho isso extremamente

desumano e isso nos trazem sofrimento. Lógico que se o sujeito não tem onde morar, traz um sofrimento, mas alguns já tiveram essa experiência e foram parar nesse lugar, eles deviam estar fugindo de outra coisa que não era isso, eles tinham casa.

Participante 9: É, que tipo de casa?

Participante 6: É eu acho assim, antes de qualquer coisa, antes de qualquer coisa é o cuidado que a gente pode oferecer pra esta pessoa que chega aqui com este sofrimento é uma escuta. Acho que esse acolhimento, escuta mesmo a demanda, uma escuta qualificada, é sem, sem, como é que fala?, sem preconceito, sem crítica, apoiar mesmo que você não concorde, né, mesmo você identificando que o problema, o problema quem buscou foi ele. Mas de qualquer forma mesmo, ele tá, tá sofrendo, né. Eu acho que antes de qualquer coisa, essa é minha percepção, é acho que antes de qualquer coisa, é ouvir, é ouvir a pessoa e às vezes a gente não tem uma resposta pra dar naquele momento e acredito que esse seja o sofrimento da maior, da maioria dos profissionais de saúde mental independente da profissão: é não ter uma resposta pra dar, é não se sentir qualificado pra achar uma resolução. Às vezes a pessoa vem aqui nem quer resolver o problema, ela só quer dividir, né tirar um pouco o peso, dividir. E a gente sempre tem aquela coisa de querer resolver, de querer mostrar “ah então faz isso daqui”, de querer prescrever, mesmo não sendo médico, de querer. E o PTS⁵, muitas vezes cai nessa coisa da prescrição, né, eu, mesmo entendendo desse jeito, me pego a fazer, por vezes a prescrição, sabe, bom, acho que é isso.

Participante 11: Acho que ouvir é muito importante e fundamental, saber ouvir e a maioria das vezes eles já sabem a resposta. Falar todo mundo fala muita coisa pra eles, detalhes, dividir as coisas que não deveriam falar, coisas que deveriam ser ditas, mas outras que não são importantes. Acho que é importantíssimo saber ouvir e às vezes, eles mesmo vão falando, vão dando as respostas.

Participante 6: Sim, é exatamente isso, exatamente.

Participante 9: Já que a pergunta é um pouco mais ampla.

Participante 4: (risos) ampliou bastante.

⁵ Projeto Terapêutico Singular.

Participante 9: Eu fico pensando assim, é fundamental que a gente tenha essa escuta e esse acolhimento aí. Não pensando muito mais na questão da prescrição, que a gente escuta e entende e vai. Mais assim, quais são os instrumentos que a gente tem de alguma maneira pra construir algo com essas pessoas que chegam aqui fragilizadas? Enfim, de, as pessoas tiveram uma moradia, mas que moradia era essa? Quantas pessoas tava nessa casa? Que tipo de possibilidade que essa pessoa tinha lá dentro dessa casa? A gente vê tanto caso de abuso, tanto caso de violência. Assim, que casa foi essa que essa pessoa abandonou? Ela de fato, fez com que ela não quisesse estar ali. As histórias são muitas, a gente vai ouvindo coisas que tem, e assim nem eu moraria numa casa dessas, né, muito melhor na rua, né. Enfim, ou pessoas que foram sempre abrigadas, institucionalizadas, então vem uma história de muitas quebras e rupturas e, dentro dessas quebras e rupturas, quais foram as possibilidades dessa pessoa refletir sobre sua própria vida a não ser pela sobrevivência, né? Se dá uma moradia. É super importante que ela tenha opções pra viver coisas que talvez ela nunca tenha vivido, mas ela precisa de alguma maneira, ter essa flexibilidade. E aqui é o que a gente vê, a gente não tem um, nesse sentido, a gente nem tem uma sala pra fazer uma escuta adequada. Tem muitas coisas que é super importante, vai, não vamos pensar no serviço mais do que é mais, é pensar no ser humano na sua integralidade e ele precisa de afeto, que ele viva numa comunidade, sei lá. Eu penso que é muito mais e a gente não tem, a gente não tem estas possibilidades, né. A gente tem, médico; a gente tem, ficar lá na convivência; tem os grupos e é bastante. Acho que pelo o que a gente faz aqui é bastante pelos recursos que a gente tem. Mas de fato como é que a gente, sei lá, porque eu tô pensando nessa linha que a gente tá construindo da questão social, todo esse, a droga em muitas civilizações ela é organizadora, ela é um elemento organizador daquela sociedade, não é a droga mesmo, né...

Condutor: Só um pouquinho, apesar de eu ter ampliado a questão foi mais no sentido de também a percepção trazer aquilo que de repente, eu acho que é possível ter na prática de cuidado do serviço, mas que eu não tenho hoje, pra não ficar preso somente no que tem hoje. Mas acho que cada um pensar o que entende como necessário na parte específica mesmo, dos recursos, da estrutura, de entender que quando a gente acolhe uma pessoa que tá em sofrimento de um uso abusivo de substâncias, o que que eu consigo ofertar? O que que eu consigo? E também pensar um pouco o que que “eu acho necessário, posso não ter hoje, mas o que que eu acho necessário que seria possível de ter num CAPS AD”, né, “por onde que passa essa minha percepção?”, né. Acho que houve alguns elementos que já apareceram, a questão da prescrição, a questão da moradia, mais alguma coisa como oferta de cuidado a gente entende eu seria

necessário pra essas pessoas que sofrem. Aí pegando um gancho já vou até aumentar um pouquinho a questão, acho que já foi dito, é o uso de psicotrópicos, pode ser uma oferta de cuidado pro sofrimento dessas pessoas?

Participante 12: Eu, eu já tinha pensado mais na parte da estrutura.

Participante 7: Pensei na estrutura e na comunicação com a rede.

Participante 12: Mas eu vou apanhar (risos). É eu acho que o primeiro recurso que a gente tinha que ter e não tem é realmente essa, desmistificar as substâncias em si, a idéia da gente é sempre voltar a droga pra essa caixinha da droga assim, essa caixinha que ela tenta ocupar, que existe, mas que tá ali, que é uma desorganização do fazer da pessoa, que tem um limite. Assim, não vai desorganizar a vida da pessoa, vai desorganizar a pessoa durante aquele período em que o efeito tiver lá, daquela maneira pré-estabelecida. A gente fica num místico de coisas, e aí a gente vai vivendo esse místico também, que se o cara usa o *crack* já era, e aí a gente não tem armas pra lidar com as questões que vão chegando. Assim, a gente fica preso em achar que se usou o *crack* já era e não tem mais o que fazer, assim, meio que fantasiosamente, sem saber exatamente o que que de fato rola, o que o cara realmente usa. Porque os empíricos dos atendimentos que a gente vai fazendo assim, as epidemiologias oficiosas, não oficiais. Mas a galera toda usa álcool, cocaína e *crack*, álcool, cocaína e *crack*, álcool, cocaína e *crack*. Pra mim tem duas, duas coisas que eu penso como análise disso: primeiro não é todo mundo que usa álcool, cocaína e *crack*, por mais que as pessoas digam isso “ah eu uso tudo”, “tudo o que?”, “tudo isso”. Não são todas as pessoas que usam isso. Segundo: as pessoas estão usando uma coisa que é ofertada, que existe, que a gente finge que não existe porque não é licito. Então acho que a gente devia falar mais sobre essas coisas, estudar essas substâncias que são utilizadas, entender. Se você vai na internet pesquisar os lugares que você mais acha são os fóruns de compras de drogas ilícitas na internet. Assim, onde você tem mais, mais recursos de entender, como as pessoas usam, onde elas usam, é, quais efeitos elas sentem, não acha coisas oficiais pra você ter alguma certeza disso. Pra mim é muito complicado de lidar mesmo, assim, é as interações dessas drogas, eu acho uma limitação, acho que tem, não sei vocês mas eu acho que tem muito pouca coisa e me incomoda muito isso.

Participante 7: Eu acho que na parte preventiva isso é importante, a pessoa saber o que vai consumir, né? Que barato que vai dar, quais serão também os efeitos colaterais. Acho que assim, porque a gente no CAPS a gente vive uma coisa assim, já pega o negócio, quando a pessoa já tá mais “assim” acho que o cara vem. Deveria ter realmente assim um retorno, não sei se grupo,

não sei educação em saúde, eu não sei que maneira a gente poderia abordar a substância também em determinado momento.

Participante 12: Não, mais pra gente, pra gente.

Participante 7: Mas também pra eles. Porque eu acho que é assim, você vai usar um negócio, você usa um negócio, pode ser qualquer coisa, até um chá e você não sabe que barato que vai dar. Daí você tá usando, se der um barato legal e se você gostou, mas aí é preciso entender o que tá se causando. E a coisa da bula. Aí você tem um certo controle de lidar melhor com essa substância, se você fala assim “se eu exagerar aqui vai me acontecer isso, se eu fizer” e aí esse conhecimento de quem tava usando que pode alcançar, não é todo mundo que alcança, né. Isso aí seria uma preleção, uma parte significativa, aqui no CAPS assim, pode ser isso, é verdade.

Participante 9: Mas, assim, eu fico pensando, acho que tem isso, mas depende da pessoa.

Participante 4 e 7: Concordam, sim.

Participante 7: Eu fiquei pensando no CAPS, no sofrimento que o cara já chega.

Participante 9: Eu acho que tem isso, mas eu acho que tem também da experiência de cada um. Porque assim, a gente sabe: um é estimulante, o outro ansiolítico, depressor e às vezes você começa a conversar sobre a experiência da pessoa, e você fala assim “nossa você toma isso pra relaxar, pra dormir, sabe?”. E aí você vai entendendo que assim como os psicotrópicos, os medicamentos também, eles também estão agindo muito, é de acordo com a pessoa ou com o momento da pessoa. É claro que existem coisas que balizam, que a gente sabe que é padrão, mas pra mim eu entendo muito mais com uma questão que como a pessoa vivencia aquilo, e o momento que ela tá vivenciando. Às vezes eu já fui pro atendimento pensando nisso “ah uai então, na, na, na,na,na,na,na”, aí o cara começa a relatar as coisas e você fala “mas não tá encaixando não, você tem certeza? Você usa mais alguma coisa? É só o álcool mesmo?”. Eu acho que vai muito nessa experiência, né? Até porque é muito maior quando ele chega aqui, o sofrimento é muito intenso, talvez também. Tô pensando nisso assim.

Participante 6: Eu acho que a, neste momento o princípio ativo, né? Seja necessário em alguns casos, não acho que é todos, mas acho que é necessário sim. Tô lembrando da pergunta, né? Por exemplo um paciente que tem como transtorno de base uma ansiedade, uma depressão, né, muito severa, né? E aí vai ter que tratar essa depressão, né, assim, tem patologia de base, né. Esse trabalho despatologiza, mas tem momentos que a gente tem de pensar mais assim, né. Tratar é, tem uma desordem química sim, existe, eu acho que o medicamento psicotrópico em alguns casos é importante, né, pra melhorar a qualidade do sono. É, nos momentos para uma

desintoxicação do álcool por exemplo, que tem uma síndrome de abstinência grave e pra ajudar na desintoxicação de, até mesmo da cocaína, né? Que tem aquele efeito rebote ferrado. Bom sei lá, eu acho, não em todos os casos, mas eu acho que, é importante

Participante 11: Tô pensando numa coisa simples, que eu acho que falta no CAPS como ele teria que ser, é ter um veículo próprio, veículo próprio, uma coisa simples, que a gente pudesse ir na praia. Eu acho que o esporte é uma forma, o esporte é muito importante, dá um espaço muito grande na vida das pessoas, né? E a gente tem que conseguir entrar nas brechinhas. Eu acho que o esporte é excepcional para isso. Hoje foi, fomos lá na tenda, adoraram, chegaram aqui como? Não falavam em outra coisa! Ampliar isso, se não tem passe não dá, se tá chovendo não dá, uma coisa assim.

Participante 5: Tem um deles que está no Caminho São José, diz que tem dois carros lá na Comunidade

Participante 12: Acho que, uma coisa básica que a gente não tem aqui, é isso, se você está falando de pessoas que não tem cômodos muito grandes, a Unidade que atende essas pessoas estar caindo aos pedaços é um limitador muito grande. Esse lugar deveria ser um lugar agradável de se viver, né? Esse lugar deveria ser um lugar acolhedor estruturalmente assim, poderia ter recursos,

Participante 11: Uma quadra de esportes?

Participante 12: Uma quadra, ou então a gente poderia ter acesso mais oficial aos recursos do município, né? Que as pessoas pudessem ter um pouco mais as portas abertas, acessibilidade. Assim, a gente ter uma possibilidade de receber os pacientes em crise mais adequadamente, ter uma enfermaria adequada, a gente ter um profissional médico mais disponível pra um diálogo maior sobre as questões, é...

Participante 7: Um espaço para o pessoal que fica de acolhimento dia.

Participante 12: E aí eu começo a divagar assim, né, pensar que a galera mistura droga com tudo quanto é coisa pra render, pra usar mais, pra vender, pra virar dinheiro, não sei o quê. Acho muito complicado a gente lidar com o que a gente não sabe que é, não sabe o que eles estão cheirando na real, se é pó de granito, se é fermento Royal, se é farinha de trigo, eles não sabem, nem eles sabem e aí eu acho isso muito complicado. Acho que a gente devia regulamentar os usos, ter salas de uso sim, ter lugares pra usar, ter profissionais pra orientar esse uso, a gente deveria falar mais sobre o uso em si, onde eles devem usar.

Participante 2: Mas, pra ter isso primeiro tinha que ser liberado o uso da droga, pra ter tudo isso, teria que liberar o uso da droga pra depois existir essa possibilidade.

Participante 12: Sim, daí eu não quero falar isso, porque senão ela bate em mim.

Participante 2: Mas com a droga proibida, não tem como existir isso.

Participante 12: Não, não tem, não tem. É isso, eu acho que deveria liberar o uso pra gente poder regulamentar.

Participante 8: Eu sou a favor, eu concordo com a questão de discutir, de se falar abertamente, de saber o que se vai fazer, os prós e contras. Eu também uso minhas drogas como todo mundo na sociedade, né? Só que, eu acho assim, que a descriminalização, só chegar lá e assinar um documento e falar “pronto, agora pode, tá liberado”, eu não acho que vai dar certo porque não tem uma estrutura montada pra receber isso, né? Pode ser que um dia a resposta seja descriminalizar, mas eu acho que tem que entrar num processo, tem que caminhar pra isso. Então tem que pelo menos ter abertura pra começar falar, pra questionar, pra perguntar, pra conhecer. Agora liberar do jeito que as coisas são, acho que vai aumentar o sofrimento.

Participante 6: Eu acho que não mudaria essa questão, não. Porque, por exemplo, o cigarro é regulamentado, e aí o pessoal fuma esse cigarro do Paraguai.

Participante 5: É.

Participante 8: Mas diminuiu muito, o uso do cigarro diminuiu muito. Eu acho que em função da campanha que se fez.

Participante 6: Sim, diminuiu muito.

Participante 8: Se falou muito, se restringiu as áreas de uso. Ninguém é proibido de fumar, só que tem alguns critérios.

Participante 6: Mas quem fumaria baixa renda, fuma esses que chamam de “baixa renda” que é dois reais o maço e você não sabe nem o que tem ali, né?

Participante 8: E sempre vai ser, né?

Participante 5: Esses dias eu vi uma reportagem falando o seguinte: que esses cigarros são os mais vendidos, o do Paraguai.

Participante 6: Vai ser isso, vai regulamentar pra classe A.

Condutor: Posso trazer um pouquinho, pensando nessas questões que vocês tão apresentando, trazer as drogas lícitas, as drogas ilícitas. E aí pelo que eu tô entendendo que tá sendo dito, o medicamento em algum momento ele pode entrar como alguma oferta de cuidado dentro do projeto que é feito pra pessoa, e quando a pessoa que tá em sofrimento, é, tem alguma questão com o uso da medicação ou qualquer questão relacionada até o uso da substância. Como que a equipe se organiza pra conseguir acolher essa questão no dia a dia de trabalho? Por que são questões importantes que saiu daqui, né? As drogas de forma geral.

Participante 6: Eles não conhecem a medicação, eles não conhecem o que estão tomando. Eu tava atendendo outro dia um paciente, ele falou, ele tava com os remédios em casa. Daí quando ele tava tão nervoso, ele pegava e tomava três Sertralinas de uma vez. E aí eu fui explicando o que era cada remédio, o que era o Diazepam, mais ou menos, como é que funcionava a Sertralina, que ela tinha um tempo, né. Ele entendeu naquela hora, né, entendeu até que ele tinha que medicar a mãe dele (risos). É, mas não, depois ele entra naquela rotina da vida dele e ele não tem aquele cuidado com a tomada da medicação, né, as vezes por uma questão de pouca cultura, de, é, não lê, não consegue ler, né, bula.

Participante 4: Eu ainda acho S., que você conseguiu dar essas orientações, por você ser enfermeira.

Participante 5: É difícil.

Participante 6: Sim.

Participante 4: Eu acho que eu, como terapeuta ocupacional e muitos profissionais aqui também não tem muito conhecimento sobre cada medicação. Porque quando uma pessoa vem com problemas relacionados ao uso da medicação, a gente consegue acolher, consegue fazer essa escuta, mas a gente vai recorrer realmente ao médico. Que é algo muito difícil aqui dentro por causa das dificuldades de acessos aos médicos e as dificuldades de conversa sobre a medicação prescritas. Então a gente fica com as mãos muito atadas mesmo, a pessoa vem “ah, eu não estou conseguindo dormir com essa medicação”. Que é feito: é remarcada a consulta médica pra ela passar no médico e tentar por ela mesma conversar com o médico sobre isso. Então a gente tem a sorte que consiga conversar, ah e a gente ainda orienta “ah então conversa, fala pro médico que você tá sentindo, isso, isso e aquilo [de acordo com os sintomas que a pessoa tá falando pra gente], fala que você já tá... Quanto tempo você tá tomando?”. “Ah já tô tomando há um mês e acho que não deu efeito”. “Então conversa com o médico se demora mais pra ter o efeito ou não”. Coisa que nem a gente tem essa informação de quanto tempo a medicação daria algum

resultado, ou coisas assim. Eu pelo menos, eu me sinto muito ignorante em relação a esse tema, a questão da medicação.

Participante 5: Continuando, ah, noutro dia tinha um paciente que não precisa falar o nome, né? Nem a médica, uma questão de fazer o paciente tomar medicação assistida, tal e tal medicação. Aí a médica falou assim “não, mas essa medicação não tem valor de mercado”. Isso é uma informação que eu não tenho e acho que muita gente não tem, né? Saber que não teria o porquê, a preocupação era que fosse vender a medicação. Quer dizer, são coisas assim simples, mas a pessoa tem que ter o conhecimento técnico, né? E a gente saber se tem o valor de mercado, se é o remédio.

Participante 2: Eu particularmente acho que isso não é uma atribuição de vocês mesmo.

Participante 5: Com certeza não.

Participante 2: Igual, se o paciente chega até mesmo pra mim e fala que não tá conseguindo dormir com determinado remédio, eu não vou poder fazer nada também além de orientá-lo a voltar no médico e questionar o remédio, né? A gente, farmacêutico, tem essa autonomia? De que o cara, chegar e falar, “é eu não tô conseguindo dormir com este remédio”. “Você tá tomando direito?” “Tô” “todos? Na forma que tá na bula?”. Entendeu? Quer dizer, é uma questão que é relativa ao médico mesmo, eu acho que existe a falha do médico, é, que o médico, na consulta, quando ele prescreve o remédio, ele já deveria naquele momento falar pra que que é cada medicamento. E isto não existe, acho que nem na consulta que demora uma hora, não existe. É, outra questão, eu acho que o cara não tá tomando, muitas vezes é óbvio. Tem as pessoas com pouca cultura, pouco conhecimento, a gente identifica lá faz um papelzinho. Acho que o problema não é esse, acho que o problema é mesmo da pessoa, se cuidar, de querer se cuidar. Não tem outro caminho, ninguém vai obrigar o outro a tomar medicamento, ele tá ali com a receita explicando como tomar, se ele não entende, ele tá com outro papelzinho, acho que não é isso a questão, eu particularmente, é óbvio, cada um tem uma opinião.

Participante 6: Ele tá vindo aqui, né? Então ele está buscando um cuidado.

Participante 2: Porque a gente trata de outros, outras doenças também, diabetes, hipertensão, não é só. Outra coisa, os medicamentos que tem aqui, o único que é específico pra droga é o Uninaltrex, os outros são antidepressivos, ansiolíticos, antipsicóticos. Quer dizer não é remédio pra droga, é remédio pra tratar o cara que tá com depressão, o cara que tá com alguma psicose, então é alguma doença que o cara já tem, ou até mesmo antes de usar a droga ou que a droga potencializa nele. Não é o uso, remédio pro uso da droga, é o remédio pro uso que a droga, a

doença, outras doença que a droga acomete nele. Não tem um remédio específico pro uso de drogas, é ansiolítico, antidepressivo, antipsicótico, que mais, é pra é...?

Participante 6: O Bup, né? O bup?

Participante 8: Eu acho interessante que a maioria de nós, a maioria das vezes a gente, assim como os outros, como os pacientes, eles tem a, eles buscam na droga uma coisa mágica, assim “vai resolver meu problema, eu vou tomar esse comprimido e aí eu não vou discutir mais, não sei que, eu vou dormir, então tem muito essa fantasia”, né? Mesmo a gente. Vai, vamos supor, eu tenho um trabalho com o horário todo desorganizado, aí meu sono fica desorganizado, aí eu tomo um comprimido pra dormir, né? Que que eu tô querendo, que o comprimido regule aquilo que eu não consigo regular na minha vida, né? É mais ou menos a mesma coisa.

Participante 7: Eu acho que medica demais aqui no CAPS AD.

Participante 4: Eu acho que medica demais.

Participante 7: Porque assim, eu particularmente, eu sou leiga em matéria de sei lá, vou me intitular como ignorante, igualzinho a V.: não sei sintomas, não sei pra que é, pra que serve. Sei lá, mas eu vejo assim, que é o médico, a questão aí é o psiquiatra, também concordo com o M. Por que assim, tudo bem, eu acho que qualquer técnico pode, é que ninguém, de repente ele se sente incapaz de dar uma avaliação psiquiátrica, porque ele não é um psiquiatra, mesmo psicólogo, né? Quer dizer enfermeiro e tal, né? Sei lá, outros que tem formação na área de saúde, mas assim é o papel do psiquiatra, ele vai avaliar. Eu acho que todo psiquiatra, ele avalia e já vai medicando.

Participante 6: E medica bastante.

Participante 7: Eu acho, eu particularmente acho isso errado, eu acho tem que avaliar, ter uma primeira avaliação que cabe ao psiquiatra, avaliar se está com algum transtorno causado, ou tem alguma psicopatia. Não sei, ou então fazer uma segunda, mas já vai E. às vezes é uma lista extensa de medicamentos, e eu vejo o pessoal lá com sacolas de medicamentos e que tá em situação de rua, desabrigado e aí “é, divide com os colegas, reparte aí”. Quer dizer, é o papel também eu acho que do psiquiatra fazer uma, ter uma avaliação com esse paciente que ele está atendendo, se realmente é caso de dar alguma medicação ou se é caso dele começar a fazer os grupos ou qualquer terapia que vai ser ligado ao PTS, dele, ou que está, qualquer outra coisa de técnica pra atender queira fazer por esse indivíduo. Mas aí depois é uma loucura porque você tem que, é isso a cultura mesmo da medicalização do médico, aí o médico é um reproduzidor de receituário, porque ele já tem praticamente.

Participante 6: Além de não resolver o problema.

Participante 7: Não tem um cuidado, não tem um cuidado com aquele paciente, de escutar, fazer uma escuta de fato. E aí é só reproduzir receita e o cara vem e às vezes nem olha na cara do médico, nem chega pega a receita ali no prontuário, aí fica uma troca, e aí leva a receita. Eu particularmente não acho isso um cuidado, eu acho que isso é um mais, é ingerir mais substâncias ainda, o cara fica dependente de outras substância, além daquela outra que ele usa porque uma não substitui a outra. Se fosse o caso até faria “ah o cara tá se organizando, o cara tá conseguindo trabalhar, tá dando conta de vida, diminuiu um pouco o ritmo com a outra substância”. Daí eu pego, aí teria um ganho sabe, aí tudo bem. Tá tendo um prejuízo, mas teria um ganho, a outra droga taá dando de fato teoricamente, uma qualidade de vida mesmo.

Condutor: Pensando um pouquinho no olhar que vocês estão trazendo de, das diversas formações que apareceu agora, porque que se justifica uma composição multiprofissional dentro de um CAPS AD? Qual que é a origem disso? Qual e porquê?

Participante 6: Por que se justifica?

Condutor: A composição de uma equipe multiprofissional no CAPS.

Participante 8: Eu acho até estranha a forma de atuação nossa, que todo mundo faz quase tudo. Eu acho que, por exemplo, tendo uma equipe multi, quando eu atendo como psicóloga uma paciente que tem uma questão social eu posso consultar ou posso trazer junto, ou posso encaminhar para a assistente social, ou como se for uma questão de medicamento, encaminhar pro farmacêutico e tal, mas às vezes acho que as coisas se misturam.

Participante 2: Também acho isso, as vezes assim nas discussões que multiprofissional é eu querer fazer o seu papel, acho que não é isso eu acho que é chamar para estar junto e de repente nesse momento um absorver o aprendizado do outro, mas não querer igual o psicólogo, TO⁶, AT⁷. Eu sou farmacêutico, não tem como querer fazer o papel do outro, agora juntos “ó, nesse caso eu atendo A”, “esse caso precisa de um psicólogo”, “ô A. vem aqui”. Multiprofissional, trabalhar junto, mas não querer fazer o papel da A. ou ela querer ser. Não entendo assim, mas às vezes eu percebo que a idéia é essa, não sei, acho que multiprofissional é tá junto, tá junto.

⁶ Terapeuta ocupacional.

⁷ Acompanhante terapêutico.

Participante 4: Então gente, acho que tem muito preconceito. É, a equipe do CAPS é uma equipe multiprofissional, é uma equipe multiprofissional, que tenta fazer um trabalho interdisciplinar. Qual que é esse fundamento, porque que a gente atua assim? A gente atua assim visando o cuidado integral ao indivíduo. Então esse indivíduo, ele é único, então ele vai ter questões sociais, questões farmacológicas, questões físicas, questões psicológicas. Tem várias coisas envolvendo o sofrimento, a vida dessa pessoa e nós como profissionais de saúde, com esta visão inter, com essa visão mais ampla, nós iremos acolher tudo que ele trouxer para nós. Pode ser que eu não saiba questões de aposentadoria no INSS⁸ e eu precise de ajuda do meu colega assistente social, ou até mesmo eu tendo uma capacidade cognitiva melhor que esta pessoa, por ter uma faculdade, eu consiga ir atrás dessas respostas e fazer prestar esse cuidado ao usuário. Então a questão interdisciplinar num CAPS acredito que é para essa prestação desse cuidado integral a esta pessoa que é um ser completo, que não é dividido, que não é fragmentado. E se não a gente vem pra uma visão anterior a esta, que era uma visão ambulatorial, onde a pessoa, então ela tem que passar pela assistente social, pelo farmacêutica, pelo psicólogo, pelo terapeuta ocupacional separadamente, como se cada um fosse resolver uma parte da vida dessa pessoa, uma parte do sofrimento dessa pessoa. E aí a gente acredita que é um passo além, que é um ganho a questão interdisciplinar como técnicos de referência, tratar junto daquela pessoa atuando nos diversos sofrimentos dela, nas diversas questões da vida dela. É, então um técnico de referência para que possa ajudar e construir conjuntamente esse projeto terapêutico, é, é isso a minha visão de CAPS que vai além da questão da multiprofissionalidade, vai pra interprofissionalidade, pra interdisciplinaridade no sentido de cuidado a essas pessoas.

Condutor: Trazendo um pouquinho, o gancho do que a D. tá dizendo, existe alguma diferença entre equipe multiprofissional e uma equipe que se organiza de uma forma interprofissional. O que vocês pensam sobre isso?

Participante 7: Existe uma multi e uma inter, elas têm que se relacionar, né? Se a gente trabalhar de forma interdisciplinar nossos saberes tem que estar se relacionando, né? A gente tem que começar essa troca de como trabalhar junto e essa troca de saberes vai dando um conjunto, e equipe multidisciplinar é uma equipe multidisciplinar, tem várias pessoas de várias profissões. Aí há uma diferença da forma que se trabalha, isoladamente e coletivamente. Agora, é, quando eu pensei, eu pensei no psicólogo da minha equipe, eu pensei nos olhares, sabe assim, isso é uma coisa minha assim, olhar diferente, porque o psicólogo ele tem um olhar, eu não sei o saber

⁸ Instituto Nacional de Seguridade Social.

do psicólogo, eu não fiz psicologia, então não é uma obrigação minha ficar tendo o mesmo saber das psicólogas que estão todas sentadinhas aqui.

Participante 9: É uma tchurma.

Participante 7: Bem do ladinho, eu não tenho esse saber, e não me interessa saber, porque não vou ficar “olha, como que eu faço?”. Eu posso consultá-las em algum momento “olha eu acho que o fulano de tal é uma questão mais, sabe lá dentro, ele teria que trabalhar isso com um profissional”. Às vezes eu sozinha não consigo, aí também é uma questão de dividir assim, ver como consegue. A mesma coisa de TO: eu não sou terapeuta ocupacional, eu não sei, então assim a minha área é de humanas assim, eu tenho uma outra, um outro olhar pra eles. Eu gosto desse olhar mesmo, da narrativa de vida deles, um olhar, é, da própria, do território, é de como eles chegaram, sabe, é uma outra questão. Então eu me preocupo com outras questões, até a questão da refeição eu me preocupo assim. Sabe, a gente pode agregar mais, num modelo não psicologia, aquela coisa já da psicologia ou de outras áreas, entendeu? Eu acho assim que esse olhar diferente, olhar das enfermeiras que eu vejo o cuidado que elas tem, esse é um cuidado, é que não é o cuidado que eu tenho, meu olhar de cuidado. A gente pode até, de certa maneira olhar um fato e concordar, mas nem sempre sabe, eu acho que tem os olhares diferentes e é bom trabalhar com esses olhares diferentes porque a pessoa não tá engessada só, né, na, no modelo ou outro, numa forma de pensar, de uma profissional que tem todo um conceito acadêmico na área dela.

Condutor: Alguém consegue arriscar na prática como que se dá essa diferença então, que vocês estão colocando que existe, entre a multi e a inter?

Participante 6: A multi assim, eu entendo que é uma equipe com profissionais com várias formações.

Participante 7: Atuando na sua área.

Participante 6: Só que cada um trabalhando na sua salinha. “Ah, eu estou com um problema, uma questão de relacionamento, terminou um relacionamento, tá sofrendo”, então você precisa conversar, encaminha pra um psicólogo. Ou então uma questão social, um benefício pra receber, vou encaminhar, né. “Ah um curativo, machucou o pé”, a enfermeira vai lá tira pressão, encaminha pra enfermeira ela vai lá e resolve, essa é a equipe multi. A equipe inter, é quando os profissionais atuam interagindo, né? No mesmo espaço, aprendendo juntos uns com os

outros. Quando, assim, as experiências que eu tive assim, eu trabalhei num PSF⁹ e tinha um fisioterapeuta que ia uma vez na semana, subia a comunidade comigo e a gente fazia um grupo lá de ginástica laboral, uma coisa assim. E tinham pessoas que há mais de 10 anos não saiam de dentro do barraco assim, né e como as pessoas, começou sair, começou a interagir, começou até diminuir o uso mesmo de antidepressivo, né, que começou a tomar sol, começou a fazer exercício, começou a conversar, né. O que que aquele exercício na sexta-feira de manhã representava pra população, a interação com essa população, com os profissionais de saúde fora de uma unidade de saúde, dentro da sua comunidade, né? O que aquilo representava pra essa população, e eu trouxe isso comigo, né? Eu não aprendi na minha faculdade, fazendo, passando exercício físico pra galera, mas quando eu comecei a trabalhar no CAPS AD e eu vi aquele povo tudo sentado, perdão no CAPS PRAIA¹⁰, né, que eu fiquei sete anos lá. Gente, eu sou assim, né? Vamo lá, eu sou agitada, né “vamo lá, vamos fazer”, eu chamava o grupo de consciência corporal, não podia fazer nada muito além, né? Porque eu entendia que eu não era um profissional educador físico e muito menos um fisioterapeuta, mas sabia o que que eu, até onde eu podia ir com aquela galera. Gente é muito legal, e aí eu cheguei aqui e quem fazia esse grupo era a I., que é terapeuta ocupacional, é e tem capacitação técnica pra isso, né? Mas, aí agora várias pessoas da equipe que não necessariamente são TO, ou então educadores físicos, enfim praticam essa atividade, né, assim, aprendeu, né aprendeu um com o outro. Trabalhar com um profissional psicólogo me fez aprender que eu não tenho que dar uma resposta o tempo inteiro, que só o fato de eu sentar e ouvir com respeito a pessoa, né, já, ela já vai respondendo, como a M. falou, ela já vai respondendo, ela vai falando e já vai achando a solução, né, já vai organizando o pensamento dela. Então eu aprendi isso. Mas assim quando eu entrei na saúde mental, eu não tinha essa experiência com o sofrimento psíquico em si, é pra mim foi muito difícil fazer uma triagem, foi muito difícil fazer uma triagem porque as pessoas vinham com a demanda, e e agora, né? Tenho que resolver isso aqui sabe, mas fui aprendendo. Então assim, eu entendo como um profissional em formação o resto da vida, né e eu acho que o que é rico no trabalho interprofissional é isso porque você se torna cada vez mais um profissional inteiro. Não que você vai dar conta de tudo, jamais vou saber o que ela estudou nos quatro anos de faculdade dela ou procuro me aprofundar, não. Eu sei as questões técnicas assim da minha profissão e aí isso outro colega, a gente vai lá e tira uma dúvida rapidinho ou então é o caso de falar “não,

⁹ Programa Saúde da Família.

¹⁰ Centro de Atenção Psicossocial Praia.

conversa você com ele, porque eu acho que vai ajudar mais do que”, né, não sei se eu respondi a pergunta.

Participante 7: Na educação, é muitos saberes se conversarem. Eu vou trabalhar com professor de artes, um determinado assunto, entendeu, um determinado foco. A mesma coisa por exemplo, eu vou fazer algum combinado alguma coisa com psicólogo, com um determinado paciente e que tá aí, essa, essa coisa de troca de saberes. Mas também de fazer alguma coisa junto, que tem a ver com algum, alguma problematização, questão específica daquele usuário. Por exemplo, vou dar um exemplo, a C. tem o J. assim, mais ou menos assim, a gente saber conversar junto e saber o que ele topa o que não topa. A C. sabe que eu gosto de ler, então o J., o profissional, foi pedir pro J. ler Espinosa. Aí ele me pediu pra achar o Espinosa na mídia, não tem Ética no mp3. Aí eu me propus e a C. veio falar comigo, eu me propus a ler pro A. toda segunda-feira. A gente tem um acordo, né, é um paciente dela. A gente assim não sabia trabalhar juntos, dividir saberes também, posso ter um paciente e ela é enfermeira, eu não sei fazer alguma coisa de enfermagem, mas a gente pode trabalhar juntos com o meu paciente. Posso falar “ah M. sabe, paciente é um caso pra você, a gente pode trocar, sabe você vai me fazer alguma coisa pra ele”, sabe uma troca de conhecimento mesmo? A gente trabalha no caso, não é assim, absorver, não é absorver o conhecimento do outro, mas dividir práticas de saberes. Vamos trabalhar numa ação em conjunto, você sabe fazer isso e eu sei fazer isso, nós dois, cada um vai fazer a sua parte, aí gera o todo, é mais ou menos assim sabe, gera um todo. É um trabalho coletivo como eu disse assim e aí cada um tem que se ajeitar, “ah, é dela, ela que dá conta, ela que dê pra ele, ela que faça tudo pra ele”.

Participante 2: Então, as duas situações que vocês falaram, pra mim são bem óbvias, porque eu também trabalhei na atenção básica com diabéticos e hipertensos. A gente tinha uma estrutura que trabalhavam o farmacêutico, o educador físico, a nutricionista, eu aprendi muito com eles. Mas aí é uma situação diferente, se eu começar atender um paciente aqui junto com a psicóloga, com a TO, obviamente que eu vou começar também a aprender um pouco, mas é o que acontece? Não é. Eu também, igual você, colocou um exemplo, que foi num outro lugar, essa tua vivência, ela também colocou um exemplo que foi em outro lugar, se acontecer, com certeza, com certeza, se eu começar a atender um paciente junto, com outros profissionais, eu vou começar a absorver conhecimento, mas aí é a forma, é a forma.

Participante 7: E também ver que o outro profissional tem possibilidades de agregar sabe, tipo assim, de agregar alguma coisa dele, pra aquele caso.

Participante 12: Eu acho que a gente se agrega aqui sim, eu acho.

Participante 4: Não, eu acho que tiveram vários exemplos que foram daqui, na verdade, vários casos que ambas, que as duas falaram, que foram daqui. Acho que citaram histórias, da leitura, do paciente...

Participante 2: Ela falou de outro lugar, falou da escola.

Participante 12: Inclusive a gente atende muitas pessoas em conjunto, assim né?

Participante 7: Sim, por exemplo, dificuldades de alguns pacientes assim pra compartilhar. Já quis fazer alfabetização com o paciente, usuários que não era meu, era de outro. Acompanhar antes, entendeu, outro técnico, que eu quis ajudá-lo. E outros e outros e outros, acho que o trabalho é assim, né? Você dividir, com o outro sempre compartilhando.

Condutor: É, eu tô bem satisfeita com essa discussão, é, trouxe muito elemento pra minha análise dessa questão específica com as diferentes percepções e eu vou passar pro último bloquinho, tá, do grupo, que é assim: Pensando nessa organização da equipe, né, pensando em tudo que a gente já conversou até agora, é como que aparece no dia a dia da equipe a autonomia e os direitos dos usuários? Existem práticas de cuidado, que acoplam isso, que respondem a isso? Eu acho que é um pouco da percepção de cada um que me interessa em relação ao dia a dia, exercitar um pouco, né, principalmente pensando nos momentos dos acolhimentos, né, da organização da equipe.

Participante 6: Ai gente, pelo menos no grupo que eu faço, aí gente, eu vou falar de novo?

Participante 7: É isso... (risos)

Participante 12: Pensei a mesma coisa... (risos)

Participante 6: Eu tento fazer isso o máximo que eu posso, eu tento, no grupo que eu faço, que é de educação em saúde, né N.? (risos) Eu tava esperando ela falar. A gente oferta um conhecimento, né assim, tenta explicar questões que eles trazem, do tema eles trazem, né? Muito variado, tem hora que é a pressão arterial, tem hora que é, sei lá, intoxicação.

Participante 4: Furúnculo.

Participante 6: É, furúnculo, conjuntivite, a febre amarela na época da vacina. Assim, muito variado mesmo, desde que, de como cuidar de uma pessoa que está extremamente intoxicada, então, o efeito que aquela droga causa, ansiedade. Enfim eles trazem um tema e assim a gente tenta mobilizar que eles percebam a importância do auto cuidado, né? De não transferir a responsabilidade do cuidado com seu corpo com sua saúde, pra não terceirizar isso, né? Pro

profissional, pelo menos eu tento, não sei se eu consigo atingir meu objetivo, né, dentro do grupo, agora pensando em prover a autonomia do indivíduo na questão da nossa equipe assim.

Participante 4: Não, é isso, eu acho que a gente, a questão da autonomia dos usuários, então do início, então essa pessoa vem buscar esse serviço de forma autônoma, voluntária. Então acho que a partir disso a gente já tá lidando com estas questões, a gente não está obrigando ou trazendo ninguém a força pra vir se tratar aqui. Então a pessoa teve essa vontade, esse interesse e veio buscar o serviço, do acolhimento inicial. A própria construção do PTS que é o que a gente tava falando, muitas vezes a gente se pega prescrevendo um PTS, mas a gente tenta construir com essa pessoa um PTS, então de acordo com os desejos, com as vontades, os interesses dela e pra que ela possa trabalhar a autonomia dela. Então acredito que a gente, tem que se controlar um pouco, tudo, mas a gente consegue fazer isso, como a M. falou no caso de um dos grupos. Então a escolha deles pra temas dos grupos, coisas assim. Eu acho que não são em todos mesmo, mas acontecem em algumas oficinas e alguns grupos. Eu acho que a assembléia é um momento que a gente tem, é, uma troca muito interessante, que a gente vivenciou isso no ano passado, onde eles fizeram escolhas e que a gente, a gente é, entendeu essas escolhas como realmente a vontades deles e tentamos seguir esses combinados, fizemos por um tempo estes combinados até repensar mensalmente como que foi. Então eu acho que foi um momento que a gente tenta na assembléia, deixar eles tomarem decisões e trabalharem um pouquinho essa autonomia de decidir o que fazer, é. Acho que também tem muitas falhas que também a gente, eles gostariam de fazer muitas outras coisas que a gente também tem um limite e fala que não e tenta fazer um combinado, um acordo assim. Mas eu vejo em algumas questões, é, dessa democracia mesmo na assembléia, nessas escolhas de temas de algumas oficinas, na própria construção de seu projeto terapêutico, isso eu vejo que eles tem autonomia sim. Que não é total mesmo, que a gente como profissional acaba limitando, guiando, não sei a palavra correta. A gente pensa que tá guiando, né? Mas...

Participante 9: Direcionando, ajudando a refletir.

Condutor: Alguém arrisca?

Participante 12: Eu acho que a gente produz muito pouca autonomia, acho que é isso. A gente não limita a autonomia que já existe, acho que a gente produz muito pouca autonomia, acho que institucionalmente. Não é a gente, nosso desejo era que essas pessoas fossem mais autônomas, mas a agente trabalha com pessoas extremamente limitadas e de repertório limitado e infelizmente é isso. É feio, mas é isso, com baixa escolaridade, pessoas com dificuldade muito grande assim, de uma leitura, de acessar determinadas mídias, de, a grande maioria do nosso

público mais presente sinto que tá mais aqui. E tem a galera do ambulatório que é uma galera mais livre até pra fazer escolhas que a gente nunca vai nem estar perto pra saber se estão certas ou erradas..

Participante 4: Que já não seguiram o projeto terapêutico no primeiro momento (risos).

Participante 12: Entendeu, que já cagaram pra nós, isso “deles que se dane vocês e seu projeto terapêutico” eu já acho que é um sinal de autonomia assim, de que é isso, o itinerário do cuidado é da pessoa. E aí eu sempre falo isso quando eu faço triagem, quando eu viro referência de alguém, assim “olha, o itinerário é seu, a caminhada é sua e eu estou aqui se você precisar de apoio, mas é seu, você vai caminhar. Se você escolher caminhar longe, vai caminhar longe, se você escolher que precisa de um apoio, de um escote, chega junto que a gente vai estar aqui”. Acho que já é um sinal de escolha, a gente poderia obrigar estas pessoas a estar num determinado espaço, determinado momento, de três por quarto, lalaal, mas as pessoas que realmente tem uma limitação muito grande que são as pessoas que estão mais graves que estão mais com a gente no cotidiano, a gente consegue ampliar muito pouco as possibilidades de escolha, os lugares que vai, é isso, né? A pessoa não sabe sobre a medicação, aí ela toma de um jeito qualquer e a gente marca o médico pra na expectativa que esse médico dê uma orientação, que ele não vai dar, que no fundo a gente sabe que ele não vai dar. Aí ele não dá e a pessoa volta e a gente também não sabe direito como orientar, aí volta pro médico. Aí, é esse ciclo sem fim. Assim, muitas pessoas se perdem nesse caminho, muitas pessoas fazem uso de outras formas, do serviço inclusive, não só da medicação, assim né.

Participante 6: Acho que assim, solução de problemas, da pessoa resgatar a autonomia dela, a gente também tem limite, né? Limite pessoal, limite profissional, limite institucional, Mas acho que, que nem você falou agora da questão de ir no médico, a gente fala pra ir no médico, tal, mas assim a pessoa não divide com o médico do jeito que divide com a gente. Eu tô lembrando de uma coisa assim bobinha, não sei se é tão bobinha assim na verdade: um paciente que eu acompanho, eu atendo ele individualmente, eu sou referência dele. Individualmente ele veio falar da questão que ele tava perdendo a libido com a medicação, eu falei “você falou isso com o seu médico”, “ah não, sabe como é que é ele não escuta”, “como assim ele não escuta? Ele está ali pra isso”, “mas quando eu começo a falar ele fala que médico é ele”, “mas quem tomou o remédio?”.

Participante 12: Quem tá perdendo a libido?

Participante 6: Quem é que tá sofrendo com isso? Que sem o remédio fica muito ruim e se põe o remédio também fica, né? É ajudar nessa, nessa negociação assim, ajudar a ele entender que ele pode falar. E aí ele queria que eu falasse com o médico: não vou fazer isso; queria que eu mudasse o médico: “olha, também não é, não vou fazer, né, vamos ver o que é possível, tenta, você vai tentar conversar com ele essa questão e aí se não tiver uma resolutividade boa pra você, você volta e a gente conversa pra ver o que que eu consigo, mas você vai tentar”. E aí ele foi, conversou, sim, se surpreendeu, porque aí o médico, nossa, deu mó aula do remédio pra ele. Lógico que não entendeu foi nada, mas falou, falou, falou, mudou o remédio, né, ué, pá, “esse aqui faz isso, isso e aquilo outro, não sei o que lá”. E daí no dia seguinte mó fila pedindo dois, três usuários pra saber qual o remédio que deixa brocha.

Participante 7: Já compartilhou, né?

Participante 6: Dividiu, né, assim? “Ai qual é o remédio, tal não sei o quê, que você falou?”, aí falei “gente, calma, é não é bem assim, o remédio não age da mesma forma pra todo mundo, né?”. Eu sabia qual era o remédio que tava mexendo ali, entendeu? E eu, e aí assim é uma forma de promover autonomia, de ajudar eles a resgatar, né?

Participante 10: Tem algo muito instituído.

Participante 10: Essa visão da autonomia na questão da medicação que eles não tem, daí isso fica centrado só no médico e tem essa coisa de não, não contrariar. Às vezes no plantão, sem vínculo de referência, eles saem da consulta e vem reclamar do remédio aqui na frente, é isso instantaneamente após a consulta. E, e , eu acho também que ao mesmo tempo que, as duas coisas que eu vou fala e são prejudiciais e negativas, mas ao mesmo tempo que uma é claramente ruim, a outra os deixa numa zona de conforto, porque aí o responsável por tudo aquilo que tá acontecendo com ele vira o médico que prescreveu e o responsável por mudar imediatamente na hora que tem um efeito colateral é o médico. Pra suprir tudo que envolve a questão do remédio é só o médico e a pessoa fica bem passiva, né? P paciente fica bem passivo.

Participante 12: Pra nós também funciona assim.

Participante 10: E nós também que a gente vai corre atrás de suprir exatamente isso, né?

Condutor: Pensando no que vocês estão trazendo agora, acho que, avançou muito as discussões. Como vocês entendem a relação entre saúde mental, no contexto que a gente vive hoje aqui no CAPS AD, drogas e direitos humanos? Essa é a última questão.

Participante 4: B., tu qué que a gente fale quanto?

Condutor: É a última.

Participante 12: Não é velho, você tem certeza?

Participante 7: A outra era a última.

Condutor: Era o último bloco.

Participante 4: Vamo lá, a relação entre?

Condutor: Saúde Mental, drogas e Direitos Humanos. Se existe essa relação e como vocês entendem?

Participante 12: Ah! Os Direitos Humanos...

Participante 7: Quem quer começar?

Participante 12: Começa aí, começa aí!

Participante 7: Não, eu falei que direito é pra todos, deveria existir o direito é humano, humano pra todos, mas nem sempre, nem sempre acontece.

Participante 4: Mas tem humanos que tem os seus direitos mais...

Participante 7: Sim, nem sempre acontece, óbvio, né. Nem sempre acontece, mas sim.

Participante 4: Tem humanos que são trancados em manicômio...

Participante 7: Sim, sim, é isso que eu tô falando.

Participante 4: Ee precisou mais de direitos humanos para eles.

Participante 7: Por isso que tem, né? Por isso que houve a reforma, funcionou justamente pra isso pra garantir, né? Um pouco de dignidade ou direitos pra aqueles que ficaram aleijados deles, é complicado. Eu acho que o CAPS, uma das funções do CAPS realmente é tratar dessas questões com o indivíduo que frequenta. É, e aquela coisa que eu falei da rejeição que aproxima de uma das suas perguntas, lá deles ficarem à margem, é por conta desses direitos que lhe são negados, né? Tá sempre ali meio que excluídos de tudo, justamente por essa negação de direitos, que até eles acham que eles não tem, e quando você começa a falar sobre isso. Tipo eu lembro de no direitos e cidadania que eu participo com a B. que ela não está aqui. Então quando a gente começa a falar sobre isso, aí é uma questão assim “ah” e a gente fala “a defensoria pública veio pra isso entendeu? Se você se sente de algum jeito, é, que algum direito seu foi ferido você pode chegar lá, você pode reclamar. Seja de saúde, seja...”. Quando você começa a falar sobre isso, aquela coisa “ah!”, mas aí depois vem a repressão. Sabe tipo assim “se eu for ligar na ouvidoria

e denunciar um policial ou um cara que me maltratou na rua”, aí vem a repressão. Eles entendem que o direito, ele existe, mas não pra eles, não alcança. E quando a gente começa a trabalhar com essas questões é nítido que a gente não entende. CAPS, eu acho que é um papel assim, quando, como é que a mesma pergunta?

Condutor: Relação com saúde mental, drogas e direitos humanos

Participante 7: Eu acho que o CAPS tem essa ligação muito estreita como a militância, os direitos, por conta da Reforma, por conta, né? E também tá atuando nessa área da militância e também trazer os direitos humanos pra dentro do CAPS, assim, as informações sobre direitos humanos. E trabalhar com estas questões com eles aqui, é de fundamental importância, assim, não pode estar apartado do equipamento, é uma coisa que tem que tá bem presente aqui.

Condutor: Que direitos são esses?

Participante 7: Direitos, então é isso que eu ia falar, um básico que é direitos sociais que tá no capítulo 6, a gente pode trabalhar nele, que é direito à moradia, direito a lazer, à saúde, educação, segurança, todos os direitos que cabe os direitos sociais.

Participante 12: Esses são os direitos Humanos?

Participante 7: São os direitos Humanos, os direitos Humanos eles são divididos em três, né? Que é o Liberdade, Igualdade e Fraternidade. Igualdade de direitos e primeira geração, que tem a ver com as liberdades. A Lei só vai proibir você se tá escrito lá, você pode fazer tudo que a Lei não proíbe, você só vai responder por aquilo que a Lei proíbe. Ela pode relaxar também, depende da Lei. É os direitos de primeira geração, que é o, tem a ver com a liberdade. Direito de segunda geração que é a igualdade. Todo o artigo quinto, trata do primeiro, Liberdade; o artigo sexto, vai trazer a Igualdade, que são os direitos sociais. Aquela coisa do direito social, você vai encontrar ali. No terceiro, que é da fraternidade, são os direitos difusos que cabe à coletividade, por exemplo ambiente. Meio ambiente: todo mundo tem que preservar o ambiente. São direitos difusos, que tá elencado na fraternidade, aquela coisa da Revolução Francesa e da *Liberta, Fraternite e Igualite* (liberdade, igualdade e fraternidade). E aí todos os direitos sociais a gente trabalhou o ano passado inteiro nele, é no artigo sexto, está lá elencado, até o lazer compreende. E aí a constituição vai falar pra gente que o salário mínimo teria que prover tudo, entendeu? Entendeu? E aí você pode trabalhar com eles como eu tava falando na última vez que a gente tava falando sobre moradia, semana passada, quarta-feira. Aí eu falei pra eles “moradia vocês acham que é um direito de todos?” Aí, alguns falou “ah! É um direito, mas pra ter essa moradia eu preciso começar a trabalhar, me ajeitar na vida, estudar”. sabe aqueles discursos

já pronto? Aí eu falei assim “não, você pode ter esse direito, da forma que você está, agora tem sempre uma contrapartida, se eu ganho 900 reais eu teria que ter direito à moradia baseado no que eu ganho”. A sociedade fala que o direito é esse, mas eu só ganho 900 e pouco, que o salário líquido, que teoricamente, o governo deveria prover moradias que coubesse na minha renda, independente. Eu não preciso ir pra Universidade e fazê-la, ah! Eu preciso ir pra Universidade, ter um emprego legal, ganhar legal, pra ter uma moradia, não, ele tem que prover, se tá lá no artigo sexto e diz que o salário mínimo teria que prover tudo isso, então, ele teria que fazer com que, se eu sou uma pessoa que ganho 900 e poucos reais, eu teria que tira tudo isso. Como vai fazer não sei, sei lá como fazer, vai tirar 30% do salário. “olha você não tem direito à propriedade, mas tem direito à moradia. Ele não fala direito a, ele fala direito a propriedade, que aí no artigo quinto, que daí entra as liberdades. “eu não tenho liberdade de ter uma propriedade”,” mas você tem liberdade no artigo sexto de ter uma moradia, se você não tem direito a propriedade, porque seu dinheiro não alcança, existe o direito da moradia, no artigo sexto?”. Então essas questões tem que ser tratadas, engajamento importante, né? Trabalhei com ele o tempo todo, tem que entrar no movimento popular mesmo, tem que se engajar, é assim que a gente conquista as coisas, direito não é dado, direito é conquistado. Existe claro assim, todo direito que tá ali foi conquistado num determinado momento histórico, não veio dado, não veio de graça e é óbvio que a gente tem que fazer valer, né? Que nada é dado, se existe, é por que alguém lutou, porque alguém derramou sangue. Porque sabe, teve tortura pra se conseguir. Existe hoje, mas em determinado momento histórico não existia, então é importante isso, saber, que eu não preciso ir pra faculdade pra ter esse direito, eu não preciso ganhar cinco mil reais, eu preciso viver bem com aquilo que tá lá, que tá na Constituição. Ele que falou que eu tenho direito e que o salário mínimo tem que prover tudo aquilo, inclusive o lazer, aí você fala “tem tudo isso se a gente for ver, porque o governo não é estúpido, né?” Tem muita coisa, tudo isso que tem de cultura e de esporte que é das secretarias tem a ver com este artigo, o artigo sexto. A saúde, o SUS, tem a ver com o artigo sexto, com o direito à saúde, segurança pública, tem a ver com o artigo sexto, o artigo que está na Lei. A gente espera que a situação do sujeito que ele consiga o mínimo de direitos lá fora, a gente tem que trabalhar com os direitos aqui no CAPS, afinal de contas, é de suma importância.

Participante 6: É pensando nisso, assim com olhar da Saúde Mental, o direito que foi conquistado é o cuidado em liberdade.

Participante 7: Sim, ele foi conquistado na Lei, com a Reforma antimanicomial, acho que de 1989.

Participante 4: Isso.

Participante 6: E associando isso à medicação, é o direito que o paciente tem em conhecer o que ele está tomando, né?

Participante 7: É ele tem direito.

Participante 6: Tô pensando na pergunta que a....

Condutor: Mais alguém quer fazer alguma colocação sobre direitos?

Participante: Depois da aula da X. (risos)

Participante 7: Não, não é tudo que a gente tem, é conquistado, vem lá da Revolução Francesa, pessoal, não tem país mais, né? Dá um viva lá pra França.

Participante 9: Muito sangue foi derramado.

Participante 7: Que matou, que derramou sangue adoidado, que foi uma matança generalizada, até o Robis Pierre perdeu a cabeça lá.

Participante 9: garantir

Participante 7: É que foi depois dele que veio tudo, todas as independências, todo mundo começou a, aí “eu também posso ser independente”. Todas as nações começaram a sabe, a falar “eu também posso, eu também posso”. Foi aí que não deu pra negar que o homem nasce livre, todos os escravos tinham algum direito, também. Bom existe escravos, o homem nasce livre, alguém que falou isso lá.

Condutor: Gente, muitíssimo obrigada pela disponibilidade de todos, foi muito além do que eu esperava, as discussões trouxeram muitos elementos, né? Que vão contribuir bastante para a minha análise e é isso, brigadão!

Todos: (palmas)

Participante 12: Olha, gente, põe aí que ela chorou...

Participante 4: Põe aí que a número 12 [uma participante] é “Legalize já”.