

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARIANE FABIANI CICCILINI**

**O TRABALHO DA EQUIPE DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES**

**SÃO CARLOS (SP)**

**2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**MARIANE FABIANI CICCILINI**

**O TRABALHO DA EQUIPE DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E  
OUTRAS DROGAS NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES**

Versão da dissertação de mestrado apresentada à Comissão Examinadora de Defesa para fins de avaliação, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos.

Orientadora: Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto

**SÃO CARLOS (SP)**

**2015**

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar  
Processamento Técnico  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C568t Ciccilini, Mariane Fabiani  
O trabalho da equipe do centro de atenção  
psicossocial álcool e outras drogas no atendimento às  
mulheres / Mariane Fabiani Ciccilini. -- São Carlos  
: UFSCar, 2016.  
181 p.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de  
São Carlos, 2015.

1. Equipe de assistência ao paciente. 2. Saúde  
mental. 3. Trabalho. 4. Mulheres. 5. Drogas ilícitas.  
I. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

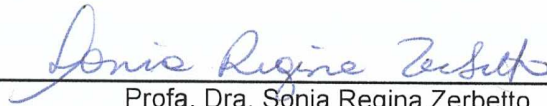
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

Folha de Aprovação

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Mariane Fabiani Cicilini, realizada em 12/05/2015:



Profa. Dra. Sonia Regina Zerbetto  
UFSCar



Profa. Dra. Margarita Antônia Villar Luís  
USP



Prof. Dr. Bruno Jose Barcellos Fontanella  
UFSCar

## **DEDICATÓRIA**

---

*Aos meus pais, **Alvaro e Simone**, à minha irmã **Marina** e ao meu noivo **Lucas**, por estarem sempre orando, me incentivando e me dando forças para continuar, sem vocês nada disso seria possível.*

*A todos os **profissionais** que trabalham com as mulheres usuárias de álcool e drogas que, muitas vezes, mesmo com poucos recursos, apoio e incentivos, o realizam da melhor maneira possível.*

## **AGRADECIMENTOS**

---

*Primeiramente a **Deus**, pelo dom da vida, da sabedoria, da dedicação e da paciência, que sempre esteve ao meu lado me guardando, me protegendo e iluminando todos os meus passos.*

*Aos meus pais, **Alvaro** e **Simone**, e à minha irmã **Marina**, pelos ensinamentos, pelas orações, pelo amor, carinho, paciência e dedicação que sempre me deram.*

*Ao meu noivo **Lucas**, pela paciência, apoio, amor e companheirismo que teve comigo durante esta jornada.*

*Aos meus avós, **Pedro** e **Cirene**, que mesmo de maneira simples e humilde me apoiaram, oraram e sempre torceram pelo meu sucesso profissional.*

*À minha querida orientadora **Profa. Sônia**, pela imensa paciência e dedicação que sempre me ofereceu, por todo carinho, conhecimento e aconselhamentos... muito obrigada seria pouco para agradecer por tudo.*

*Aos **profissionais do CAPS AD e usuários** deste serviço por toda a receptividade, atenção, carinho e ensinamentos. Sem vocês nada disso seria possível.*

*Aos **mestrandos amigos e aos membros do grupo de pesquisa** pela amizade e apoio.*

*Aos **membros da banca examinadora**, pelo apoio e contribuições tão enriquecedoras nesta pesquisa.*

*Aos **demais amigos e familiares** que sempre estiveram ao meu lado e torceram pelo meu sucesso.*



*“Que os vossos esforços desafiem as  
impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes  
coisas do homem foram conquistadas do que parecia  
impossível.”*

*Charles Chaplin*



## RESUMO

CICCILINI, M.F. **O trabalho da equipe do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas no atendimento às mulheres.** 181f. Dissertação (Mestrado)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos-SP, 2015.

O consumo de drogas lícitas e ilícitas tem aumentado de forma considerável entre as mulheres, o que se torna uma grande preocupação para os gestores e um problema de saúde pública. As mulheres possuem diferenças físicas que potencializam os efeitos danosos do uso das substâncias psicoativas, além de sofrerem autoestigma, preconceito e processo de estigmatização pela sociedade. Tal fato requer da equipe de saúde a implementação de ações diferenciadas para esta população específica. Este estudo teve como objetivo analisar a percepção da equipe de saúde de um CAPS AD de uma cidade do interior paulista sobre o seu trabalho desenvolvido, diante da mulher que faz uso problemático de álcool e outras drogas. Trata-se de um estudo de caso, de método qualitativo, realizado no período de novembro de 2013 a março de 2014, com 12 profissionais de saúde de uma equipe de CAPS AD, utilizando-se entrevista semiestruturada, observação participante e, como técnica de análise, a análise de conteúdo temática. O estudo teve como referencial teórico-interpretativo os conceitos de cotidiano e não cotidiano de Agnes Heller. Surgiram três categorias temáticas: desenvolvimento do trabalho assistencial; desenvolvimento do trabalho administrativo e educacional e dificuldades no cotidiano do trabalho com as usuárias mulheres. Os resultados apontaram a valorização das atividades de acolhimento e escuta qualificada pela equipe de saúde, apesar do predomínio de trabalho assistencial direcionado para o público masculino. A reunião de equipe foi uma estratégia de gestão coletiva identificada pelos profissionais de saúde, na dimensão administrativa. No âmbito educacional, o CAPS AD consistiu em cenário prático de ensino-aprendizagem, fortalecendo o processo de formação dos acadêmicos e trabalhadores de saúde. As principais dificuldades consistiram nas condições materiais, ambientais e humanas no CAPS AD, no cotidiano de trabalho. As fragilidades encontradas na organização da rede de atenção psicossocial do município refletiram no desenvolvimento do trabalho destes profissionais, gerando sobrecarga física e emocional. Concluiu-se que, apesar do predomínio de um trabalho pragmático, repetitivo e alienado, os profissionais de saúde conseguiram refletir discretamente sobre o trabalho desenvolvido com o público feminino.

**Palavras-chave:** equipe de assistência ao paciente; saúde mental; trabalho; mulheres; drogas ilícitas.

## ABSTRACT

CICCILINI, M.F. **The work of the Psychosocial Care Center for Alcohol and others Drugs team in the attendance of women.** 181f. Dissertation (Master) Post-graduation Program in Nursing at the Federal University of São Carlos-SP, 2015.

The consumption of licit and illicit drugs has increased in a considerable way among women, which becomes a great concern for the managers and a public health problem. Women have different physical characteristics that empower the harmful effects of psychoactive substance use, yonder the suffering of self-stigma, prejudice and stigmatization process by society. This fact demands from the health team the implementation of differentiated actions for this specific population. This study has the aim to analyze the perception of the health team from a CAPS AD from a city in the countryside of São Paulo state about their developed work towards a woman who uses alcohol and other drugs problematically. It is about a case study of qualitative method performed from November 2013 to March 2014, with 12 health professionals from a CAPS AD team, using semi-structured interviews, participant observation, and as analysis technique, the thematic content analysis. The study had as theoretical-interpretative framework the everyday and not everyday concept of Agnes Heller. Three thematic categories came up: development of the assistance work, development of the administrative and educational work and the difficulties on the everyday work with the women users. The results pointed the valorization of reception and qualified hearing activities by the health team, despite the predominance of assistance work be geared toward the male audience. The team's meeting was a collective management strategy identified by the health professionals in the administrative dimension. In the educational scope the CAPS AD consisted on practical scenario of teaching and learning, strengthening the academics' and health workers' education. The main difficulties consisted on the material environmental and human conditions at CAPS AD, in the everyday work. The fragilities found in the organization's network of psychosocial care of the city reflected on the development work of these professionals, creating physical and emotional overload. It was concluded that despite the prevalence of a pragmatic repetitious and alienated work, the health professionals could ponder discreetly about the work developed with the female audience.

**Keywords:** patient's care team; mental health; work; women; illicit drugs

**LISTA DE QUADROS**

<b>Quadro 1:</b> Período das observações realizadas no campo empírico.....	53
<b>Quadro 2:</b> Caracterização dos trabalhadores de saúde do CAPS AD de uma cidade do interior paulista - 2014 - .....	59
<b>Quadro 3:</b> Apresentação das categorias temáticas e suas respectivas subcategorias.....	85

## LISTA DE PLANILHAS

Planilha da Entrevista 1.....	60
Planilha da Entrevista 2.....	63
Planilha da Entrevista 3.....	64
Planilha da Entrevista 4.....	65
Planilha da Entrevista 5.....	66
Planilha da Entrevista 6.....	67
Planilha da Entrevista 7.....	68
Planilha da Entrevista 8.....	69
Planilha da Entrevista 9.....	71
Planilha da Entrevista 10.....	72
Planilha da Entrevista 11.....	73
Planilha da Entrevista 12.....	75
Planilha da Observação 1.....	77
Planilha da Observação 2.....	80
Planilha da Observação 3.....	82

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo geral.....	24
2.2 Objetivos específicos.....	24
3. BREVE HISTÓRICO DO SURGIMENTO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	25
4. REFERENCIAL TEÓRICO-INTERPRETATIVO.....	33
4.1 Referencial Teórico-Interpretativo.....	34
4.2 Percurso Metodológico.....	42
4.2.1 Tipo de Estudo.....	42
4.2.2 Campo Empírico.....	43
4.2.2.1 O cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) de uma cidade do interior paulista.....	44
4.2.3 Sujeitos da Pesquisa.....	49
4.2.4 Procedimentos Éticos.....	50
4.2.5 Coleta de Dados.....	50
4.2.6 Forma de análise dos resultados.....	54
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	58
5.2 Planilhas das entrevistas realizadas com os trabalhadores de saúde.....	59
5.3 Apresentação das planilhas relacionadas à observação direta nas oficinas terapêuticas.....	77
5.4 Apresentação das categorias temáticas e subcategorias.....	84
5.4.1 Categoria Temática 1: Desenvolvimento de trabalho assistencial.....	86
5.4.1.1 Subcategorias.....	86

5.4.2 Categoria Temática 2: Desenvolvimento de trabalho administrativo e educacional.....	108
5.4.2.1 Subcategorias.....	108
5.4.3 Categoria Temática 3: Dificuldades no cotidiano do trabalho com as usuárias mulheres.....	118
5.4.3.1 Subcategorias.....	118
6. CONCLUSÃO.....	145
7. REFERÊNCIAS.....	149
8. ANEXOS.....	173
8.1 Anexo A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	174
8.2 Anexo B- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....	175
8.3 Anexo C- Termo de autorização.....	178
9. APÊNDICES.....	179
9.1 Apêndice A- Entrevista Semi-Estruturada.....	180
9.2 Apêndice B- Observação.....	181

## ***APRESENTAÇÃO***

---

## APRESENTAÇÃO

O trabalho realizado com as mulheres usuárias de substâncias psicoativas é um problema de saúde pública que vinha despertando meu interesse há algum tempo. Durante a graduação em enfermagem, tive a oportunidade de realizar o Trabalho de Conclusão de Curso na área de saúde mental, na temática da ideação suicida. Os resultados desse estudo possibilitaram identificar um quantitativo elevado de risco biopsicossocial na população de mulheres, despertando assim o meu interesse em trabalhar com esse público vulnerável e pouco estudado na dimensão do cuidado.

A proximidade com a prática assistencial em um serviço público de saúde motivou-me a buscar conhecimentos, com a finalidade de melhorar a qualidade dos atendimentos com as mulheres que buscavam ajuda na rede de atenção psicossocial. Observei que, em meu município, as ações de saúde voltadas às mulheres usuárias de álcool e outras drogas eram limitadas. Inserida em um serviço de urgência e emergência, tive a oportunidade de me aproximar dessas mulheres que procuravam o serviço, as quais se apresentavam muito debilitadas física e emocionalmente, com histórias de violência e abuso sexual. Foi nesse momento que procurei o Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de São Carlos, nível mestrado, com o objetivo de investigar mais sobre o universo da mulher que faz uso de drogas, principalmente sobre as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde a esta população específica. Durante todo o processo ao longo desses dois anos, acredito que as experiências vivenciadas, os ensinamentos adquiridos e a convivência com colegas, profissionais e usuários foram fundamentais para o meu amadurecimento profissional e até mesmo pessoal, já que o vínculo criado me proporcionou um olhar diferenciado em relação ao trabalho desenvolvido pela equipe de saúde de um CAPS AD estudada, de forma que, mesmo com as dificuldades, as atividades eram desenvolvidas da melhor maneira possível.

Dessa forma, defini como objeto de estudo o desenvolvimento do



trabalho da equipe de saúde de um CAPS AD, diante da mulher usuária de drogas. A intenção desta pesquisa foi interpretar a percepção da equipe de saúde de um CAPS AD de uma cidade do interior paulista sobre o seu trabalho desenvolvido diante da mulher que faz uso problemático de álcool e outras drogas.

Na estrutura de apresentação da dissertação, a Introdução descreve o delineamento do objeto de estudo através da revisão da literatura, identificando a problemática da pesquisa, justificativa do estudo e os objetivos propostos. Em seguida, foi realizado um breve histórico do surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas no Brasil.

Em sequência, foi descrito o referencial teórico-interpretativo, utilizando-se os conceitos de cotidiano e não cotidiano de trabalho de Agnes Heller.

O próximo item consistiu no percurso metodológico, seguido pela apresentação dos resultados e discussão. Neste último item, buscou-se a caracterização dos trabalhadores de saúde do campo empírico estudado, das categorias temáticas e suas respectivas subcategorias. Os resultados possibilitaram identificar três categorias temáticas: Desenvolvimento do trabalho assistencial, Desenvolvimento do trabalho administrativo e educacional e Dificuldades no cotidiano do trabalho com as usuárias mulheres.

No último item, foi apresentada a conclusão da investigação.

## ***INTRODUÇÃO***

---

## 1. INTRODUÇÃO

A história da sociedade humana está permeada pelo consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas, sendo um costume antigo e que se manteve até os dias atuais. Inicialmente, as substâncias psicoativas eram utilizadas no âmbito religioso e médico, porém ao longo do tempo foram disseminadas, marginalizando-se ou tornando-se aceitável nas diferentes culturas (GUIMARÃES; GRUBITS, 2007). No decorrer da história humana, observa-se que o uso e o abuso de substâncias psicoativas intensificaram-se a partir do século XIX, marcado pelo crescimento da indústria química, da farmacologia e da medicina (SILVA, 2005).

O consumo de drogas lícitas e ilícitas entre as mulheres tem aumentado de forma considerável, tornando-se uma grande preocupação aos gestores da saúde e um problema de saúde pública (SILVA, 2005).

Por muitos anos, a preocupação dos pesquisadores em relação ao consumo de substâncias psicoativas e tratamento era focalizada somente no gênero masculino (WOLLE; ZIBERMAN, 2011). Porém, apesar de existirem semelhanças no comportamento de ambos os sexos em relação ao padrão de consumo dessas substâncias, foram observadas diferenças consideráveis, tais como: “motivo para o uso, efeitos psicológicos das substâncias, diferenças metabólicas, comorbidades físicas e psiquiátricas, fatores socioculturais e genéticos, além de efeitos na amamentação e na gestação” (WOLLE; ZIBERMAN, 2011, p. 375).

Em relação ao álcool, sabe-se que o consumo excessivo desta bebida vem aumentando rapidamente, facilitado pelo baixo custo e a facilidade de acesso. A bebida alcoólica é a substância psicoativa (SPA) mais consumida nacional e mundialmente, sendo o alcoolismo, considerado atualmente, um dos maiores problemas de saúde pública (MORAES, et al., 2006). O alcoolismo, cientificamente denominado de Síndrome de Dependência Alcoólica, é considerado como doença pela Organização Mundial de Saúde (OMS), constituindo-se na dependência do indivíduo ao álcool, afetando sua saúde física e mental, suas relações interpessoais, seu

comportamento social e sua situação econômica (BRASIL, 2004; GIGLIOTTI; BESSA, 2004; MARTINS, et al., 2005).

Estudo indica que das dez doenças mais incapacitantes em todo o mundo, cinco são de origem psiquiátrica, tais como: alcoolismo, depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e transtorno obsessivo-compulsivo. Percebe-se, também, que o álcool é responsável por cerca de 1,5% de todas as mortes no mundo, bem como sobre 2,5% do total de anos vividos ajustados por incapacidade (BRASIL, 2004).

Pesquisas realizadas através do I e II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em 2001 e 2005 respectivamente, demonstram que, em um curto período de tempo, houve um aumento no uso de algum tipo de droga pelos entrevistados em algum momento de sua vida, ou seja, de 19,4% do total deles no I Levantamento para 22,8% no II, com exceção de tabaco e álcool (CARLINI, et al., 2002; CARLINI; GALDURÓZ, 2006). Referente ao consumo de drogas pelo gênero feminino, observa-se que o índice aumentou de 26,10% para 31,6% e com relação ao álcool, de 5,7% para 6,9% do total de entrevistadas. Um dado preocupante deste último levantamento demonstra que os homens (4,7%) têm buscado mais os serviços especializados para tratamento da dependência do que as mulheres (1,6%) (CARLINI, et al., 2002; CARLINI; GALDURÓZ, 2006; FARIA; SCHNEIDER, 2009).

A literatura salienta que existem diferenças estruturais entre homens e mulheres que potencializam os efeitos danosos do uso das substâncias psicoativas. Essas diferenças estão relacionadas à constituição física corporal, à concentração de lipídios corpóreos e a diferenças endocrinológicas. Especificamente em relação ao álcool, as mulheres possuem maior quantidade de gordura corpórea, ocasionando-lhes maior sensibilidade aos efeitos tóxicos do mesmo. O baixo volume de água corpórea potencializa a concentração etílica sanguínea e a baixa quantidade da enzima álcool-desidrogenase no sangue, a qual é responsável pela metabolização do álcool, possibilitando à mulher ser mais propensa a danos físicos e psíquicos. Portanto, o corpo das mulheres tende a absorver maiores quantidades de álcool e de forma mais rápida, quando comparadas com os homens, tornando-as menos tolerantes a esta bebida alcoólica (LARANJEIRA, [s.d.]). Em relação às outras drogas, os danos observados nas mulheres estão

relacionados às alterações no ciclo menstrual, na fertilidade, na gestação, no parto, risco elevado de contrair e desenvolver doenças sexualmente transmissíveis, além de probabilidade de desenvolver depressão e ansiedade (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007; SOUZA; LIMA; SANTOS, 2008).

O II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas (LENAD), realizado em 2012, apontou um aumento de 34,5%, entre 2006 e 2012, relacionado ao uso de álcool entre as mulheres, principalmente as mais jovens. O estudo também salienta que esta população tem bebido de forma abusiva, demonstrando um aumento de 36% entre 2006 e 2012 (LARANJEIRA, et al., 2012).

Estudos internacionais demonstram que o consumo de álcool tem se iniciado mais precocemente nas mulheres, e estas apresentam tendências ao consumo em excesso (CARAVEO-ANDUAGA; COLMENARES-BERMÚDEZ; SALAÍVAR-HERNÁNDEZ, 1999; PALA, 2004). Entretanto, estudo brasileiro salientou que as mulheres iniciam o consumo alcoólico mais tardiamente do que os homens, porém os problemas físicos aparecem mais cedo (ELBREDE, et al., 2008), considerando as especificidades fisiológicas da mulher em relação a esta bebida alcoólica. Na Espanha, pesquisa apontou que as mulheres e os jovens são mais vulneráveis à morte prematura relacionada com o abuso e a dependência do álcool (GUITART, et al. 2011).

Em relação aos fatores de risco para o abuso de álcool e outras drogas pelas mulheres, estudos identificaram desarmonia familiar ou conjugal, dificuldades financeiras e no convívio social, maus-tratos, violência física e sexual, privações afetivas e materiais e relações pessoais conturbadas (BRASIL, 2004; SOUZA; LIMA; SANTOS, 2008; WOLLE; ZIBERMAN, 2011). O consumo de álcool entre as mulheres ainda permanece agregado ao valor da emancipação da mulher na sociedade e igualdade de gêneros, sendo que tal comportamento abusivo, tradicionalmente, era mais característico do homem (PALA, 2004).

As mulheres que sofrem com a dependência de substâncias psicoativas geralmente negam a existência deste problema e não recorrem ao tratamento necessário, isto devido ao preconceito, à estigmatização e ao olhar repressivo da sociedade que espera que ela seja “boa mulher”, “boa mãe”, “boa esposa” e “dona do lar” (BRUNELLO, 2011, p. 4). Quando buscam

ajuda, geralmente procuram os serviços de saúde referindo problemas de ordem ginecológica e psíquica, sem revelar num primeiro momento seu problema com álcool e drogas. Nota-se que as dificuldades da mulher em buscar e aderir ao tratamento ocorrem devido: ao subdiagnóstico, estigma social, poucos programas de saúde voltados às mulheres dependentes, oposição de parceiros usuários de drogas, medo de perder a guarda dos filhos e falta de capacitação da equipe multidisciplinar<sup>1</sup> (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005; ASSIS; CASTRO, 2010).

Estudos demonstram que há uma maior adesão ao tratamento de mulheres, quando há espaços específicos para o atendimento das mesmas, e que são necessárias alterações nos modelos de atenção voltados a este grupo, gerando assim ações mais efetivas por parte da equipe de saúde (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005; ELBREDEDER, et al., 2008).

Em relação aos serviços direcionados ao tratamento à mulher que faz uso de SPAs, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) constituem-se em um dos serviços especializados em dependência química (SOARES, et al., 2011). O CAPS AD é um serviço de atendimento diário a pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e de outras drogas, permitindo o projeto terapêutico singular e de acompanhamento contínuo, além do oferecimento de atividades terapêuticas individuais, grupais e com familiares dos usuários (BRASIL, 2004).

O CAPS conta com uma equipe multidisciplinar que utiliza a interdisciplinaridade<sup>2</sup> no trabalho para a reabilitação psicossocial do indivíduo (BRASIL, 2004; SOARES, et al., 2011). As equipes dos CAPSs devem trabalhar com o conceito de integração, ou seja, devem utilizar os diferentes conhecimentos (profissionais e técnicos) da equipe com os recursos disponíveis, para realizarem e darem continuidade à reabilitação do usuário (SOARES, et al., 2011).

---

<sup>1</sup> Multidisciplinaridade é a justaposição de disciplinas diversas, às vezes sem relação aparente entre elas, ou seja, é o estudo de um objeto sob diversos ângulos, mas sem pressupor um acordo ou um rompimento de fronteiras entre as disciplinas (MORIN, 2000).

<sup>2</sup> Pode-se considerar interdisciplinaridade uma troca intensa de saberes profissionais especializados em diversos campos, exercendo, dentro de um mesmo cenário, uma ação de reciprocidade e mutualidade, que pressupõe uma atitude diferenciada a ser assumida diante de um determinado problema, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentada e distante por uma visão unitária e abrangente sobre o ser humano (AMORIN; GATTÁS, 2007).

A literatura que aborda o trabalho da equipe de saúde em CAPS AD aponta que há necessidade de trabalho interdisciplinar e respeito aos saberes específicos de cada trabalhador, porém o cuidado ao usuário e familiar compete a todos (ROCHA, 2005; GONÇALVES; TAVARES, 2007). Porém esse cuidado deve considerar os valores e crenças dessa população que busca ajuda, centralizar na reabilitação psicossocial do usuário e apoio familiar, agregar outros espaços comunitários, através de um processo de trabalho que inclua estratégias de acolhimento, cuidado humanizado e integral, possibilitando a criação de vínculo e corresponsabilização entre equipe-usuários-familiares (MORAES, 2008; AZEVEDO; MIRANDA, 2010). Estudo realizado em centros de atenção em drogas na Colômbia, com características ambulatoriais, salienta que os profissionais de saúde desenvolvem atividades administrativas, educativas e assistenciais; porém, as atividades assistenciais são restritas ao âmbito individual, em sua maioria (DIAZ HEREDIA; MARZIALE, 2010).

As dificuldades identificadas pela equipe de saúde no cotidiano de seu trabalho com dependentes químicos, em um CAPS AD do Nordeste brasileiro, envolveram o cuidado ao usuário, sua adesão e evolução ao tratamento. Em relação à satisfação advinda do trabalho, os profissionais relataram infraestrutura física e de recursos humanos adequados, espaço que possibilita troca de experiências e aprendizagem (DIDONET; FONTANA, 2011).

Estudo realizado com usuários do CAPS demonstrou que eles sentiram diferença no atendimento e tratamento, em que foi ofertado um serviço superior ao oferecido pelo hospital, devido ao trabalho da equipe (presença de diálogos, grupos terapêuticos, equipe multiprofissional comprometida pelo cuidado) e da organização do serviço prestado. Também relataram preferir este serviço por possibilitar fácil acesso e promover a liberdade e a autonomia do indivíduo no tratamento (SOARES, et al., 2011).

Percebe-se que a mulher que faz uso problemático de SPAs apresenta muito mais resistência em buscar ajuda, comparada aos homens, sendo que tal comportamento pode ser justificado, muitas vezes, por questões que envolvem o imaginário social em que predomina uma identidade feminina ideal e idealizada, desencadeando estigma e preconceito, ou dificuldades na interação usuária-trabalhador de saúde e manejo clínico pelos profissionais de saúde. Portanto,

tais fatos requerem da equipe de saúde uma abordagem diferenciada e personalizada, possibilitando planejar e implementar ações que facilitem a adesão ao tratamento desta população específica, bem como condições objetivas e subjetivas de trabalho que proporcionem atingir tal objetivo.

Diante da revisão de literatura, indaga-se: Como tem sido o cotidiano de trabalho da equipe de saúde de um CAPS AD de uma cidade do interior paulista, diante da mulher que faz uso problemático de álcool e drogas? Quais as intervenções e atividades desenvolvidas pelos trabalhadores de saúde deste serviço às mulheres que abusam e são dependentes de álcool e outras drogas? Quais são as maiores dificuldades que eles enfrentam para o desenvolvimento deste trabalho? Quais são as contradições existentes neste trabalho?

Considerando tanto as evidências científicas como o olhar empírico, este estudo tem como pressuposto que os trabalhadores de saúde do CAPS AD encontram algumas dificuldades no desenvolvimento de seu trabalho, nas dimensões do cuidado às mulheres usuárias de drogas e sua adesão ao tratamento. Este trabalho **justifica-se** pela necessidade de se conhecer o cotidiano de trabalho da equipe do CAPS AD no que tange às ações e intervenções realizadas à mulher que procura e utiliza este serviço e faz uso problemático de substâncias psicoativas, pois observa-se que existe uma baixa procura e adesão deste grupo a estes serviços. Há também poucos estudos relacionados ao trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de saúde de CAPS AD a esta população específica.



## ***OBJETIVOS***

---

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Interpretar a percepção da equipe de saúde de um CAPS AD de uma cidade do interior paulista sobre o seu trabalho desenvolvido diante da mulher que faz uso problemático de álcool e outras drogas.

### **2.2 Objetivos específicos**

Interpretar a percepção da equipe de saúde do CAPS AD em relação às atividades e intervenções que ela desenvolve junto às mulheres que abusam e são dependentes de álcool e outras drogas;

Compreender a percepção da equipe de saúde do CAPS AD em relação às dificuldades enfrentadas no processo de desenvolvimento do seu trabalho a esta população específica;

Aprender as contradições existentes no trabalho desenvolvido pela equipe de saúde do CAPS AD às mulheres que fazem uso problemático de substâncias psicoativas.

***BREVE HISTÓRICO DO SURGIMENTO DOS  
CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL  
E OUTRAS DROGAS***

---

### **3. BREVE HISTÓRICO DO SURGIMENTO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

O surgimento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs) derivou das lutas dos atores sociais envolvidos no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, a qual consiste em um processo histórico, político, jurídico, social e cultural complexo que requer transformações de saberes e práticas relacionadas aos valores socioculturais, às questões legais e de políticas públicas de saúde, à saúde mental e de álcool e outras drogas, bem como nas relações interpessoais desenvolvidas no cotidiano dos serviços de saúde e na sociedade para com os usuários que sofrem psiquicamente e aos que fazem uso problemático de substâncias psicoativas (AMARANTE, 1997; BRASIL, 2003; BRASIL, 2005; DELGADO et al., 2007). Tais mudanças proporcionam outro modo de cuidar e tratar dessas pessoas, respeitando os seus direitos civis, possibilitando-lhes exercitar a sua cidadania e reinserirem socialmente.

No referente aos usuários de álcool e outras drogas, busca-se romper com o modelo moralizante do cuidado, garantindo-lhes o acesso e direito à assistência de saúde, de acordo com as diretrizes da política pública de álcool e outras drogas, na perspectiva de redução de danos, portanto, não se limitando somente à abstenia das drogas (BRASIL, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; BRASIL, 2005; BRASIL, 2006; SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

A literatura salienta que os CAPSs foram criados na segunda metade dos anos 80 do século passado, no que foi considerado 3º momento da Reforma Psiquiátrica, denominado de “Trajetória de Desinstitucionalização”, em que ocorreram eventos políticos e culturais decisórios, tais como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (1987). Este período é marcado pelo lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios” e ideais que não se limitaram ao âmbito de reorganização do sistema de saúde mental e nas dimensões técnicas e assistenciais, mas também políticas, jurídicas, conceituais e socioculturais (AMARANTE, 1998; RIBEIRO, 2004; BORGES; BAPTISTA, 2008). A criação do Movimento da Luta Antimanicomial desencadeou momentos reflexivos sobre temáticas que abordaram os “novos dispositivos e

tecnologias de cuidado”, objetivando substituir um modelo hospitalocêntrico, por outros dispositivos “diversificados, abertos e de natureza comunitária e territorial”. É nesse momento que começa a se pensar na criação de serviços substitutivos aos manicômios que assumam papel estratégico na organização, articulação e regulação da rede de serviços de saúde mental de base comunitária, entre eles o Núcleo de Atenção Psicossocial e, posteriormente, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS (RIBEIRO, 2004, p. 95). Ambos foram instituídos em 1992 e oficializados através da Portaria SNAS nº 224 de 29 de janeiro, sendo definidos como:

“unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois mais turnos de quatro horas, por equipe profissional” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1992, p.2441).

O primeiro CAPS do Brasil surgiu em março de 1986, em São Paulo, e ficou conhecido como CAPS da Rua Itapeva (“Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira”) (BRASIL, 2004). Uma de suas propostas consistiu em ser um serviço que evitasse as internações em hospitais psiquiátricos, acolhendo os usuários em sofrimento psíquico, oferecendo um atendimento de saúde em conformidade com as novas diretrizes em saúde mental (RIBEIRO, 2004). Dessa forma, esses serviços de saúde mental começaram a se expandir em vários municípios do país e têm se tornado um dispositivo eficaz.

Os CAPSs foram regulamentados pela Portaria GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 que reconheceu a complexidade deste serviço, seu amplo espectro de atuação e os incluiu na rede de serviços e assistência do Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; BRASIL, 2004).

A missão desses equipamentos de saúde mental consiste em oferecer atendimento especializado e cuidados clínicos diurnos às pessoas em sofrimento psíquico e/ou com

transtornos mentais severos e persistentes, em suas áreas de abrangência, com enfoque na reabilitação psicossocial<sup>3</sup>, favorecendo-lhes o resgate e exercício da cidadania e reinserção social. Além disso, o cuidado prestado nestes serviços está focado no sujeito, em sua singularidade e subjetividade, valorizando a sua história de vida e não somente a sua doença, bem como a sua cultura (BRASIL, 2004).

Atualmente, os CAPSs são considerados um dos pontos de atenção estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual foi instituída pela Portaria GM/MS n. 3.088/2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). A RAPS integra o Sistema Único de Saúde estabelecendo, articulando e integrando os pontos de atenção para o atendimento às pessoas com transtornos mentais severos, consumo de álcool, *crack* e outras drogas, bem como suas comorbidades, acolhendo-os e realizando o acompanhamento contínuo.

De acordo com a Portaria 3.088/2011, os CAPSs estão inseridos na Atenção Psicossocial Especializada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) e reforçam a função de se constituírem em serviços de saúde abertos e comunitários, articulados aos outros equipamentos de saúde/saúde mental e recursos de redes de suporte e apoio social, trabalhando conjuntamente com as equipes de Saúde da Família, na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários (BRASIL, 2004), formados por uma equipe multiprofissional que trabalha com o conceito da interdisciplinaridade (BRASIL, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossociais visam a prestar atendimento em regime de atenção diária; gerenciar projetos terapêuticos singulares; promover interação e inserção social dos usuários articulados aos outros recursos intersetoriais (educação, trabalho, esporte, cultura, lazer e entre outros); dar suporte à rede de serviços de saúde mental de seu território; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de seu território; coordenar com o gestor local as atividades de supervisão das unidades hospitalares psiquiátricas inseridas no seu território; manter atualizada a lista dos pacientes sob sua responsabilidade que utilizam

---

<sup>3</sup> Reabilitação Psicossocial é um processo que abrange a reconstrução/resgate do exercício de cidadania do usuário que sofre psicicamente e disponibilizar a ele a contratualidade plena, nas três dimensões da vida social: casa, rede social e trabalho com valor social. Dessa maneira, criam-se possibilidades ao usuário de conquistar e garantir a autonomia no cotidiano de sua vida e de suas funções na comunidade (SARACENO, 2001).

medicamentos para a saúde mental (BRASIL, 2004). Estes equipamentos têm a característica de assumir o usuário e seu familiar em demanda espontânea ou encaminhados de outros serviços da rede de atenção à saúde e saúde mental, sendo acolhidos e escutados em suas necessidades de saúde.

Existem seis modalidades de organização dos CAPS, que são: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III e CAPS i. O CAPS I atende 20 a 30 usuários ao dia, com transtornos mentais severos e persistentes ou decorrentes do uso de substâncias psicoativas em toda faixa etária, em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. O CAPS II atende de 30 a 45 pessoas diariamente, com transtornos mentais graves e persistentes, em municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes. O CAPS III é destinado a realizar atendimento diário e noturno, incluindo finais de semana e feriados, às pessoas com quadro de transtorno mental severo e persistente, numa média de 40 a 60 usuários/dia, em municípios com população acima de 200 mil habitantes. O CAPS infantil (CAPS i) atende de 15 a 25 crianças e adolescentes diariamente, com quadro de transtornos mentais severos e persistentes, bem como os que fazem uso de *crack*, álcool e outras drogas, em municípios com população acima de 150 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; BRASIL, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O CAPS AD atende de 25 a 45 adultos ou crianças e adolescentes ao dia, com necessidades decorrentes do uso de álcool, *crack* e outras drogas, em municípios com população acima de 70 mil habitantes. Dentro ainda desta modalidade existe o CAPS AD III que atende adultos, crianças e adolescentes com quadro abusivo e dependência de substâncias psicoativas e necessidades decorrentes deste, com funcionamento 24 horas, incluindo finais de semana e feriados, indicado para municípios com população acima de 200 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; BRASIL, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Salienta-se que o CAPS I, II e CAPS i e CAPS AD funcionam somente durante os cinco dias da semana, das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, podendo ter um terceiro período até 21 horas (com exceção do CAPS I) (BRASIL, 2004).

De acordo com a modalidade de CAPS, a sua equipe multiprofissional é constituída por diversas formações profissionais, podendo ser de nível superior (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, educadores físicos e outros que se fizerem necessários) e de nível médio (técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos, equipe de limpeza e de cozinha) (BRASIL, 2004). Conforme a modalidade do CAPS e o tipo de atendimento, haverá um número específico de recursos humanos para a composição da equipe mínima.

O CAPS I é composto por um médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental, um enfermeiro, três profissionais de nível superior de outras categorias profissionais (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico). O CAPS II requer um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, quatro profissionais de nível superior de outras categorias profissionais (incluindo o educador físico) e seis de nível médio (incluindo o técnico educacional e artesão). O CAPS III necessita de dois médicos psiquiatras, um enfermeiro com formação em saúde mental, cinco profissionais de nível superior e oito de nível médio. No CAPS I preconiza-se um médico psiquiatra ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental, um enfermeiro, quatro profissionais de nível superior e cinco de nível médio. No CAPS AD, a equipe deve ser formada por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico (responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas), quatro profissionais de nível superior e seis de nível médio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; BRASIL, 2004).

A equipe técnica tem como principais atribuições acolher os usuários e seus familiares que buscam ajuda nos CAPSs, desenvolver os PTSs na perspectiva da reabilitação psicossocial, realizar ambiência, realizar escuta qualificada, desenvolver e manter ambiente terapêutico, dar resolubilidade às necessidades e aos problemas advindos desta população, criar vínculo terapêutico com os usuários e sua família.

A pessoa e seu familiar que buscam ajuda no CAPS, de acordo com sua modalidade, serão acolhidos por um profissional de saúde que poderá ou não ser o seu Terapeuta



de Referência (TR) que tem como função a responsabilidade de acompanhar o usuário, elaborando e reavaliando conjuntamente com o usuário o seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), além de contatar o seu familiar e dialogar com a equipe técnica do CAPS. O PTS consiste em um conjunto de ações e intervenções direcionadas para o usuário, família e sua comunidade, oferecendo atendimento intensivo, semi-intensivo e não intensivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; BRASIL, 2004).

A modalidade de atendimento intensivo consiste em atendimento diário ao usuário, em situação de quadro grave de sofrimento psíquico, em crise ou dificuldades de relacionamento social e familiar, necessitando de monitoramento contínuo, inclusive podendo ser no âmbito domiciliar. O atendimento semi-intensivo constitui em atender o usuário até 12 dias no mês no serviço ou no domicílio, em quadros de sofrimento mental minimizado, em que o usuário tem possibilidades de interação social e familiar, porém necessitando ainda de atenção direta da equipe para a sua autonomia. No atendimento não intensivo, a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe de saúde, pois já possui melhoras em suas relações sociais e familiares, assumindo maior autonomia nas atividades cotidianas de vida e trabalho, podendo ser atendida até três dias ao mês, inclusive no domicílio (BRASIL, 2004).

O principal recurso terapêutico desenvolvido pelos CAPSs constitui em oficinas terapêuticas que envolvem atividades artísticas, artesanais, corporais, culturais, de lazer, realizadas em grupo sob a supervisão de profissionais de saúde, com a finalidade de promover socialização entre os usuários, familiares, equipe e comunidade, expressão e (re)inserção social. As oficinas buscam, também, proporcionar espaços de troca de experiências, expressão de sentimentos emergentes, problemas e necessidades, desenvolver habilidades de interação e integração social (BRASIL, 2004). As oficinas terapêuticas são oficializadas pelo Ministério da Saúde (MS) através da Portaria n.189 de 19/11/1991 (BRASIL, 1991) e podem ser oficinas expressivas (de expressão plástica, corporal, verbal, musical, fotografia e teatro), geradoras de trabalho e renda (culinária, marcenaria, costura, fotocópias, artesanatos entre outras) e de alfabetização (BRASIL, 2004). Os CAPSs podem também realizar outras atividades que envolvem tratamento medicamentoso, atendimento individual ou em grupo de familiares, orientação psicoeducacional, atendimento psicoterapêutico individual ou grupal ao usuário do

serviço, grupos terapêuticos, atividades comunitárias (atividades de festas, feiras, quermesses, passeios, campeonatos esportivos entre outros), assembleias com usuários e/ou familiares ou reuniões de organização do serviço, atividades de suporte social (projetos de inserção no trabalho, articulação com serviços de residência terapêutica, serviços de assistência social entre outros), visitas domiciliares, desintoxicação decorrente do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004). Na dimensão da problemática de álcool e outras drogas, os CAPSs AD foram considerados um dos principais recursos estratégicos no tratamento do uso abusivo e dependência química, baseando-se na lógica ampliada do programa de redução de danos (RD), sendo a RD uma ferramenta nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2004; PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008). Esses dispositivos têm por finalidade oferecer atendimento à população que faz uso abusivo ou dependência de álcool, *crack* e outras drogas, em uma área de abrangência delimitada, realizando atividades terapêuticas e preventivas à comunidade (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008). No enfoque preventivo, o CAPS AD tem o papel de colaborador no planejamento, implantação e implementação de diferentes estratégias que visam à redução de fatores de risco específicos e ao fortalecimento de fatores de proteção à temática, evitando a evolução do uso abusivo e minimizando os danos advindos do uso problemático de drogas (BRASIL, 2004).

O CAPS AD foi criado em 2002, quando se observou que nos CAPS I, II e III o foco destinava-se a “pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, nos quais o uso de álcool e outras drogas é secundário à condição clínica de transtorno mental” (BRASIL, 2004, p.24).

“Os CAPS AD devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento” (BRASIL, 2004, p. 24).

***REFERENCIAL TEÓRICO-INTERPRETATIVO***

---

## **4. REFERENCIAL TEÓRICO-INTERPRETATIVO**

### **4.1 Referencial Teórico-Interpretativo**

Esta pesquisa tem como referencial teórico-interpretativo os conceitos de cotidiano e não cotidiano de Agnes Heller. Considerando que este estudo busca analisar a percepção da equipe de saúde de um CAPS AD de uma cidade do interior paulista, sobre o seu trabalho desenvolvido diante da mulher que faz uso problemático de álcool e outras drogas, faz-se necessário conhecer o cotidiano e o não cotidiano de trabalho destes trabalhadores de saúde, como também explicitar o conceito de trabalho.

O cotidiano faz parte da vida de todo homem, porém o indivíduo é sujeito desta vida cotidiana e dela participa com as suas habilidades individuais, cognitivas e emocionais, realizando atividades necessárias à sua sobrevivência (HELLER, 1987). Para Heller (1987), a vida cotidiana é definida como o conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos homens singulares (qualquer ser humano), sendo que estas atividades, consideradas cotidianas, são desenvolvidas de maneira espontânea, natural, pragmática, não consciente, porém necessárias à sobrevivência e manutenção da vida. As atividades cotidianas também contribuem indiretamente para a reprodução da sociedade, ou seja, o sujeito se apropria de objetivações em si (objetos, linguagem, usos e costumes, normas e regras) para que todo ser humano possa sobreviver em um dado ambiente cultural. Neste caso, estas objetivações formam a base da vida cotidiana, e os homens não refletem sobre a origem e significado destas (HELLER, 1972; 1987).

Para Agnes Heller, a vida cotidiana é a vida do indivíduo e este é sempre, simultaneamente, ser particular e ser genérico, ou seja, o trabalho realizado pelas pessoas se constitui em uma atividade do gênero humano, porém, permeado por motivações particulares e individuais, desejos, emoções, enfim, sentimentos que são entendidos como manifestações humano-genéricas, mas que são demonstrados pelas pessoas de maneira particular (o “Eu” e suas necessidades). A dimensão particular do ser humano, inserido na cotidianidade, faz com que ele não tome consciência de sua condição e somente reproduza sua existência como sobrevivência, deixando de atuar como sujeito emancipado, histórico e transformador de sua realidade social (HELLER, 1992). O sujeito particular é um ser de necessidades humanas primárias vitais do

“Eu” e que precisa satisfazê-las, portanto, necessita apropriar-se de habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana da sociedade, de forma única, singular, com o objetivo de conservar-se (HELLER, 1972; 1987).

Outro conceito de Agnes Heller é a individualidade, entendida como possibilidades de o homem fazer escolhas, conduzir a sua vida e contém, ao mesmo tempo, a genericidade e a particularidade, porém são dois elementos que funcionam em si, na vida cotidiana, mas que não são elevados à consciência; portanto, o conflito entre os dois não se torna consciente (HELLER, 1972).

A dimensão genérica do ser humano consiste na representação que este sujeito particular possui enquanto representante do gênero humano, isto é, consciência de seu pertencimento da espécie humana, ou seja, um ser social que só pode existir em sociedade (HELLER, 1972; 1987).

Convém lembrar que o cotidiano utilizado pela autora não é sinônimo de dia a dia, diário, alguma atividade que se realiza todos os dias, mas sim a relação deste cotidiano com as atividades que o indivíduo e a sociedade reproduzem. Em outras palavras, o indivíduo se apropria do seu trabalho de maneira espontânea, sem refletir a partir do conhecimento científico e filosófico, sobre a sua intencionalidade, o que pode tornar este trabalho alienado. Assim, o indivíduo da vida cotidiana considera o seu ambiente como dado e se apropria de modo espontâneo, pragmático, automático e irrefletidamente dos seus sistemas de usos e costumes necessários para a sua sobrevivência. Apesar de esta atitude ser necessária na cotidianidade, o indivíduo depara-se com a alienação da vida cotidiana, isto é, ocorre um abismo entre a produção humano-genérica e a participação consciente dos indivíduos nesta produção, tornando-o alienado (HELLER, 1972).

Na vida cotidiana, e simultaneamente no trabalho, o indivíduo insere todas “as suas capacidades intelectuais, suas habilidades manipulativas, seus sentimentos, suas paixões, ideias e ideologias” (HELLER, 1992, p.17), para a produção de bens materiais ou simbólicos e serviços (HELLER, 1972). Através dele, o homem identifica-se como sujeito que é capaz de criar e modificar o contexto social em que está inserido (HELLER, 1987). Pela atuação do

homem na vida cotidiana, o ser humano faz a história e é feito por ela, sendo a vida cotidiana o lugar de ação humana, seja ela consciente ou para a sobrevivência (HELLER, 1972).

Portanto, no pensamento helleriano, há o resgate da individualidade do sujeito, ou seja, da subjetividade, a qual é inserida no processo histórico em que o homem busca a sua humanização, ou seja, o homem está no centro das reflexões (PATTO, 1993).

A vida cotidiana está inserida nos acontecimentos históricos e se desenvolve em uma dada historicidade, em dadas condições sociais, políticas e culturais. A vida cotidiana se constitui em “lugar privilegiado de apreensão do processo histórico, pois nela há relações entre a vida comum dos homens comuns e os movimentos da história, sem perder a especificidade das pessoas envolvidas nas ações que tecem a vida cotidiana” (PATTO, 1993, p.3-4). Segundo Heller (1972), o processo histórico reconhece a subjetividade do indivíduo, pois ele é sujeito da história, portanto, não é decorrente do desenvolvimento das forças produtivas, segundo o pensamento marxista.

Em seus estudos, Heller destaca processos inerentes à vida cotidiana, que são: a heterogeneidade, a espontaneidade e a ultrageneralização.

A esfera da vida cotidiana é heterogênea nos sentidos e aspectos mais diversos, referentes ao conteúdo, significado e relevância dos tipos de atividades desenvolvidas pelo homem. Nela, para garantir a conservação de sua existência, o homem realiza um grande volume de atividades que lhe são indispensáveis. Dessa maneira, a vida cotidiana não tem um sentido autônomo, pois ela é constituída de aspectos e atividades que vão se acumulando casualmente. A cotidianidade cobra um sentido em diversos contextos como na história e no processo histórico. Devido a isso, na vida cotidiana as atividades do ser social ocorrem de maneira simultânea, automática e espontaneamente, ou seja, não existe uma teorização com os objetos e fatos (HELLER, 1987).

A vida cotidiana é heterogênea nos sentidos e aspectos mais diversos. E esta é a razão pela qual seu centro somente pode ser o homem singular, no qual aquelas esferas, formas de atividades, entre outras, decididamente se articulam em uma unidade. Disto se desprende que a vida cotidiana não representa necessariamente um valor autônomo; se a continuidade do homem singular está constituída por aspectos e formas de atividade que se acumularam casualmente, a cotidianidade não tem um sentido autônomo, a cotidianidade adquire um sentido somente no contexto de outro meio, na história, no processo histórico como substância da sociedade (HELLER, 1987 p.93).

Outra característica estrutural da vida cotidiana é o pragmatismo que se caracteriza por ser uma unidade imediata entre o pensamento e a ação. Trata-se, portanto, de um pensamento voltado para a realização de atividades do cotidiano, sem elevar-se ao nível de pensamento (teoria) (HELLER, 1987).

A imitação é inerente à vida cotidiana, pois os indivíduos a utilizam como uma forma de aprender a agir segundo formas adequadas pela sociedade. Dessa forma, torna-se fator fundamental e indispensável no processo da aprendizagem (HELLER, 1972; 1987).

A espontaneidade é uma característica dominante na vida cotidiana, sendo as objetivações genéricas em si seu ponto inicial e final, isto é, o homem não reflete sobre elas em suas funções e gênese. Ele assimila as situações de forma imediata, executando atividades cotidianas sem intencionalidade, de maneira espontânea, repetitiva e pragmática (HELLER, 1972; 1987). Porém, segundo Heller (1987), há necessidade de que atividades, pensamentos e ações dos indivíduos sejam espontâneos, naturais e sem reflexões nessa esfera de sua vida, pois se tornaria difícil a produção e reprodução da sua existência social. A autora exemplifica que se um indivíduo ao atravessar a rua, por exemplo, considerasse e refletisse, a todo momento, sobre os princípios da física envolvidos neste ato, não sairia do lugar. Portanto, na vida cotidiana, segurar um copo, dirigir, atravessar a rua, utilizar a linguagem, assimilar ideias, entre outros, dão-se de forma espontânea, sem que se mantenha uma relação consciente para com todos esses elementos indispensáveis da vida humana (HELLER, 1987).

A ultrageneralização também está inserida nos pensamentos e comportamentos do indivíduo no cotidiano, e tal como as demais características, é indispensável à sua sobrevivência. A vida cotidiana estimula o indivíduo a pensamentos ultrageneralistas, ou seja, o conduz a

manejar grosseiramente o singular, pois seria inviável que o ser humano analisasse integralmente cada pessoa, situação ou problema antes de se comportar frente a eles. Então ele reage de forma rápida, sob alguma universalidade, utilizando a analogia e imitação de ações do cotidiano. Na analogia, o ser humano toma conduta baseado na ocorrência anterior de um fato similar, e na imitação envolve a reprodução de algo ou situação já existente. Para tanto, ele utiliza juízos provisórios, anteriormente aprendidos, e se orienta com base em precedentes (HELLER, 1987).

A vida cotidiana caracteriza-se pelo imediatismo de pensamentos e ações, portanto o pensamento cotidiano é fixado na experiência, no empírico e ao mesmo tempo ultrageneralizador (HELLER, 1972; 1987).

A “práxis” utilitária cotidiana cria o pensamento comum, onde são captados tanto a familiaridade como o aspecto superficial das coisas. Logo, o pensamento comum é a forma ideológica de ação diária do homem. A cotidianidade é um mundo que se manifesta de forma de “práxis” fetichizada, ou seja, apesar de ter concretude e validade de mundo real, não é conhecido em sua essência. É necessário então que o ser humano reflita sobre o seu dia a dia, compreendendo sua realidade social e se revelando como sujeito real do mundo social (HELLER, 1972; 1987).

Para Heller (1987), considerar a vida cotidiana é importante para o ser humano, porém, torna-se problema quando as suas características se tornam cristalizadas e absolutas, limitando a ação humana e tornando o homem alienado e suas ações alienantes. Para a referida autora, é a partir da vida cotidiana que pode ocorrer a superação da cotidianidade, mas ela não ocorre por si só, há necessidade de o homem buscar e se apropriar de conhecimentos de outras ciências.

Considerando os pressupostos de Agnes Heller, o trabalho da equipe de saúde do CAPS AD e suas ações tornam-se objetivações genéricas para si, a partir da apropriação e reflexão de conhecimentos científicos advindos tanto das políticas públicas de saúde mental e específicas à mulher que faz uso problemático de substâncias psicoativas, quanto dos saberes apreendidos em suas formações profissionais. A prática diária desses trabalhadores constitui-se



em trabalho não alienado, quando este é possuído de intencionalidade e rompe com o modo de pensar e agir da vida cotidiana.

Para que o indivíduo possa transcender essa cotidianidade, ele deve buscar as esferas não cotidianas, através de uma relação consciente, crítica e reflexiva sobre suas ações, incorporando o conhecimento das ciências filosóficas, científicas e artísticas; portanto, o homem toma consciência desse cotidiano, compreendendo-o e se compreendendo (HELLER, 1972; 1987).

Para Heller (1987), o homem necessita relacionar-se diretamente com uma objetivação genérica para si, ou seja, através do conhecimento científico, o homem tem uma relação consciente com sua vida cotidiana, o que requer dizer que ele reflete sobre o significado e origem dessas objetivações.

Na tentativa de superação da cotidianidade, imposta pela heterogeneidade, Agnes Heller privilegia a homogeneização. Esta se perfaz pelo processo no qual o homem tem acesso à sua consciência humano-genérica, suspendendo e superando a heterogeneidade da vida cotidiana, homogeneizando todas as suas capacidades de realizar uma só tarefa incorporada na esfera homogênea. Esta, não é um critério subjetivo, pois a consciência está articulada às condições materiais de produção da existência, e as ideias nascem da atividade material (HELLER, 1987). Assim, para que os homens tenham acesso às objetivações genéricas para si, há necessidade de estabelecer uma relação intencional e não espontânea reflexiva e não pragmática para com essas objetivações. Essa relação exige o desenvolvimento de formas de ação e pensamento que possibilitem apreender a realidade concreta, indo além das manifestações imediatas desta realidade (HELLER, 1987).

Assim, os pressupostos de Heller (1987), que subsidiam a compreensão dos conceitos de cotidiano e não cotidiano da vida humana, são considerados como ponto de partida para a análise do trabalho da equipe de saúde do CAPS AD, porém mais especificamente, as intervenções realizadas à mulher que faz uso de álcool e outra drogas e que busca ajuda nesses serviços.

Para Marx (1986), a essência do ser humano está no trabalho, e é através deste que ele consegue transformar a natureza e a si mesmo, pois ele é produto do seu trabalho. No desenvolvimento deste, há uma mediação entre o homem e o ambiente, na qual o homem coloca ação e movimento na tentativa de transformação dos elementos que se encontram disponíveis na natureza, para suprir suas necessidades.

Dessa maneira, o trabalho, considerado uma atividade intencional e necessária ao ser humano desde os primórdios da humanidade, faz parte da vida cotidiana do mesmo (HELLER, 1972). Para a referida autora, o trabalho é compreendido enquanto atividade direcionada tanto para a reprodução do indivíduo quanto para a reprodução<sup>4</sup> da sociedade.

Agnes Heller, baseada nas ideias de Marx, aponta o trabalho sob dois aspectos distintos, porém pertencentes ao mesmo processo: *labour*, que como execução de trabalho é uma parte orgânica da vida cotidiana (manutenção da vida humana) e *work*, que como atividade de trabalho é uma objetivação genérica (HELLER, 1987).

O trabalho *labour* é o tipo necessário para a reprodução do particular (trabalho cotidiano), ou seja, o produto do trabalho não satisfaz uma necessidade social. Marx utiliza o termo *labour* geralmente como sinônimo de atividade alienada de trabalho, mas ele pode tornar-se uma atividade fundamentalmente genérica do homem, porém, no momento em que o *labour*, como atividade genérica que transcende a cotidianidade, chega a ser totalmente alienado; a sua execução perde toda a forma de autorrealização e serve exclusivamente para a conservação da existência particular. A alienação do *labour* não diminui obrigatoriamente, nem mesmo quando o trabalhador gosta de seu trabalho. A alienação do trabalho não pode ser eliminada através do processo de trabalho, mas somente com a transformação da estrutura social em seu conjunto (HELLER, 1987).

---

<sup>4</sup> Para a Agnes Heller, a reprodução da sociedade não assume o conceito de reprodução das relações sociais de dominação, mas no sentido de reprodução das contradições que a permeiam. Essas contradições na sociedade capitalista envolvem o indivíduo que assume um lugar na divisão social do trabalho e por outro lado, essa mesma sociedade também produz neste mesmo indivíduo a necessidade de reflexão de sua condição, portanto, essa reprodução é no sentido de luta para superar o modo de produção capitalista (DUARTE, 1996).

O trabalho *work* é uma objetivação imediatamente genérica do homem, cujos fundamentos são os processos de produção, o intercâmbio orgânico entre a natureza e sociedade, e cujo resultado é a reprodução material e total da sociedade. Os produtos do trabalho sempre satisfazem uma necessidade social e consideram o tempo de trabalho socialmente necessário para fabricá-lo (HELLER, 1987).

Dessa maneira, compreende-se que o trabalho enquanto produção de valores de uso, função social, resultado útil a outras pessoas, é inerente à condição humana (*work*), mas também é sinônimo de trabalho fetichizado e alienado (*labour*) (HELLER, 1987).

Para Codo (1997), o trabalho é uma atividade humana, criativa e de dupla transformação, pois envolve o homem e a natureza e que resulta na construção de significado. Neste processo relacional, o homem modifica a natureza e ao mesmo tempo é modificado por ela. Martins (2001) concebe o trabalho como uma fonte criadora de riqueza que possui um valor intrínseco, expressando muito da essência do homem. Dejours (1993) relata que o trabalho é um fator indispensável no equilíbrio e no desenvolvimento do homem.

O conceito de trabalho atual vem sendo discutido por Antunes (2002), e este nos remete que a forma contemporânea de trabalho é social. Através do trabalho abstrato (*labor*) e do trabalho concreto (*work*), este trabalho é “complexificado, socialmente combinado e mais intensificado nos seus ritmos e processos” (ANTUNES, 2002, p.10).

Esse conceito é considerado como avanço ao proposto por Marx, e se coloca como central na sociedade, uma vez que cria valores à mesma. Isto se deve ao fato de que a centralidade do trabalho se perfaz por ser inerente do processo de sociabilidade humana, dando sentido e realização à vida. Neste contexto, o trabalho supera-se, transformando-se em elemento de humanização. As mudanças que ocorrem no mundo do trabalho se apresentam como reestruturação produtiva no sistema de produção das necessidades sociais (ANTUNES, 2002).

Conclui-se, portanto, que o trabalho é indispensável na vida do homem e de toda a sociedade, pois este é essencial na busca de sua identidade pessoal, para sua vida na sociedade e principalmente para sua própria sobrevivência (MARX, 1986).

Dessa forma, o trabalho desenvolvido na área de saúde e mais especificamente na área de saúde mental não é diferente. Espera-se que o profissional de saúde se aproprie dos conhecimentos científicos que obteve na sua formação e no seu cotidiano de trabalho, reflita sobre sua prática e busque a ruptura com o modo de pensamento cotidiano.

## **4.2 Percurso Metodológico**

### **4.2.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo de caso de uma equipe de saúde do Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Outras Drogas de uma cidade do interior paulista, pertencente à rede municipal de atenção à saúde e saúde mental.

O estudo de caso é um tipo de pesquisa que busca investigar minuciosamente, com riqueza de detalhes e informações um indivíduo, família, instituição e comunidade e as suas relações em um determinado tempo (MINAYO, 2010; POLIT; BECK, 2011), na tentativa de mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções (MINAYO, 2010).

“Um estudo de caso pode ser caracterizado como um estudo de uma entidade bem definida como um programa, uma instituição, um sistema educativo, uma pessoa ou uma unidade social. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto, mas revelá-lo tal como ele percebe” (FONSECA, 2002, p. 33-34).

É uma forma útil de investigar fenômenos, a fim de se obter um conhecimento íntimo das condições, das ações, das intenções, entre outros. O pesquisador almeja este tipo de pesquisa, quando deseja estudar um fenômeno em sua singularidade (POLIT; BECK, 2011). Segundo Minayo (2010), um dos objetivos do estudo de caso constitui-se em permitir a análise

dos processos organizacionais e relacionais de um grupo específico, no caso deste estudo, os profissionais de saúde do CAPS AD.

Pretendeu-se realizar um estudo de natureza qualitativa, devido à possibilidade de aprofundar a compreensão de fenômenos que retratam a experiência humana sobre a saúde. É um termo genérico que abrange uma multiplicidade de suportes filosóficos e método sistemático de pesquisa (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; MINAYO, 2010), incorporando a questão do “significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (MINAYO, 2010, p.23). Métodos qualitativos têm relevância para a prática de enfermagem por possibilitarem apreender resultados que revelam processos de vida, os quais ao serem compreendidos cientificamente, derivam evidências proponentes para intervenções promotoras de qualidade de vida (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; MINAYO, 2010).

A pesquisa qualitativa visa à compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais e responde a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser mensurado, portanto, trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Neste método de pesquisa, o pesquisador é ao mesmo tempo sujeito e objeto de sua pesquisa (MINAYO, 2010) e tende a se concentrar nos aspectos dinâmicos, holísticos e individuais dos fenômenos, buscando compreendê-los na sua totalidade, dentro do contexto no qual estão inseridos (POLIT; BECK, 2011).

Os pesquisadores qualitativos interpretam como as pessoas percebem seu mundo, olhando para seus conceitos e interpretando as experiências das pessoas (MORSE, 2012), portanto, a percepção dos trabalhadores de saúde do CAPS AD.

#### **4.2.2 Campo empírico**

O campo escolhido foi um Centro de Atenção Psicossocial-álcool e outras drogas (CAPS AD) de uma cidade do interior paulista, por se constituir em uma unidade de atenção

especializada na rede de saúde mental, para atendimento e tratamento dos usuários que fazem uso de substâncias psicoativas. Além disso, esse espaço de saúde possibilita obter informações e observar o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde mental.

Dessa maneira, buscou-se descrever brevemente sobre o surgimento do Centro de Atenção Psicossocial do município, a fim de delimitar o campo de coleta de dados. Os dados que subsidiaram a descrição do campo empírico, ou seja, a contextualização do CAPS AD e seu surgimento foram obtidos através das informações colhidas junto à coordenadora do CAPS AD e aos documentos fornecidos pela mesma.

#### **4.2.2.1 O cotidiano de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) de uma cidade do interior paulista**

O campo empírico onde ocorreu a coleta de dados consistiu em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, modalidade II, de uma cidade do interior paulista.

O referido CAPS AD foi implantado em junho de 2006, de acordo com a Portaria n. 579/06, com enfoque no atendimento de crianças e adolescentes (portanto até a faixa etária de 18 anos). Na época, tal necessidade foi justificada devido ao processo de discussão, no Conselho de Infância e Juventude nos aspectos técnicos e políticos, sobre as dificuldades na atenção de adolescentes em uso problemático de álcool e outras drogas. Dessa maneira, este CAPS AD foi criado pela Rede da Criança e do Adolescente da cidade, respeitando os princípios do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com o propósito principal de evitar internações desnecessárias em instituições não governamentais, promover o processo de desospitalização e pressionar os gestores da saúde a repensarem e assumirem responsabilidade do cuidado dessa população específica (DOBIAS; FIORONI, 2010). O referido dispositivo de saúde mental era coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde e era articulado às Secretarias Especial da Infância e Juventude, Educação e Cultura, Esporte e Lazer, Cidadania e Assistência Social, Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente e o Núcleo de Atendimento Integrado (NAI), com funcionamento de segunda a sexta-feira, das 8 às 18 horas, sendo a sua equipe técnica composta

por um psicólogo, um terapeuta ocupacional, um médico clínico e um psiquiatra, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um assistente social e oficineiros de arte-educação.

Referente à população adulta que faz consumo abusivo e tem dependência de substâncias psicoativas, na mesma época, não houve manifestação importante quanto à necessidade de implementação de um serviço que a atendesse. O atendimento a esta população específica era realizado em caráter ambulatorial nas unidades regionais de saúde (DOBIES; FIORONI, 2010), no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II (criado em 2002 e que atendia um número limitado de usuários dependentes de drogas); porém, centrava-se principalmente na conduta terapêutica de internações em hospital psiquiátrico de referência do município, em uma cidade vizinha.

A literatura aponta que as dificuldades do CAPS AD enfrentadas na época eram relacionadas à falta de articulação e parceria entre este serviço e a Universidade Federal do município para implementação de projetos que envolvessem atividades esportivas. Outras necessidades identificadas consistiram em realizar ações conjuntas com outras Secretarias Municipais, setor Judiciário e Organizações Não Governamentais, realizar intervenções na comunidade, articuladas à rede de saúde, enfim com os recursos do território onde tais serviços estão inseridos. Outro problema identificado consistia no déficit de recursos humanos na área de saúde mental para viabilização de projetos no enfoque de reabilitação psicossocial (DOBIES; FIORONI, 2010). As dificuldades identificadas no período do surgimento do CAPS AD também envolviam a necessidade da criação de um CAPS III, leitos psiquiátricos para internação em hospital geral do município, serviços de atendimento às emergências psiquiátricas e a implementação de um CAPS AD adulto ou a transformação do já existente para tal faixa etária (o que ocorreu no ano de 2011).

O CAPS AD em questão localiza-se na região central de uma cidade do interior paulista, próximo a serviços de saúde, para facilitar o acesso aos usuários. Realiza em média 45 atendimentos por dia e 1.500 ao mês, possuindo um arquivo com aproximadamente 3.000 prontuários.

O dispositivo encontra-se em uma casa alugada pelo município, a qual foi adaptada para desenvolver as atividades terapêuticas. O local é constituído por oito ambientes, transformados para alocação da demanda, e ainda uma sala com computadores com acesso à internet e uma sala de televisão. Além disso, possui três banheiros; uma recepção; uma garagem que foi transformada em oficina terapêutica; um quintal onde é realizada a horta; uma varanda para refeições dos usuários e uma copa/cozinha. As salas de atendimento individual também são utilizadas para o acolhimento e a realização de grupos terapêuticos, pois se encontram em ambientes reservados, a fim de manter a privacidade da atividade. O ambiente é limpo, arejado e com boa iluminação.

O CAPS AD funciona de segunda a sexta-feira, das 07 às 18 horas, sendo que suas atividades se concentram das 08 às 12 horas e das 15 às 17 horas. No horário do almoço, a unidade continua funcionando para os usuários que estão em tratamento intensivo e que almoçam no local. Ressalta-se que os usuários das oficinas participam do café da manhã e somente os intensivos recebem o almoço.

Esse equipamento recebe encaminhamentos de outros serviços de saúde de qualquer área da cidade e também demanda espontânea. O primeiro atendimento realizado pelos profissionais de saúde aos usuários que chegam à unidade é denominado de acolhimento. De acordo com a literatura, tal procedimento é realizado pelos profissionais de nível médio e superior e tem como um dos princípios a humanização da pessoa, envolvendo qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. Neste contexto, o processo de acolhimento é compreendido enquanto etapa do processo de trabalho, com o objetivo de atender a todos que procuram o serviço de saúde, ouvindo as necessidades dos usuários, e o profissional assume uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas a eles. Além disso, é uma ferramenta de definição de prioridades, a partir do momento em que essa escuta permite a identificação dos riscos e do sofrimento do indivíduo (BRASIL, 2010).

No processo de acolhimento no CAPS AD, os profissionais de nível superior e médio estabeleceram uma escala de rodízio entre eles, avaliando o usuário no âmbito de suas



condições físicas e psíquicas, padrão de consumo de substâncias psicoativas, apreendem uma breve história da problemática e do contexto familiar, avaliam a necessidade de encaminhamento psiquiátrico, clínico ou psicológico; modalidade de atendimento, visita domiciliar, participação em grupos de acolhimento, oficinas terapêuticas, ou de qualquer outra intervenção terapêutica ofertada pelo serviço. Para cada usuário atendido, o Técnico de Referência (TR)<sup>5</sup> e equipe formulam um Projeto Terapêutico Singular, de acordo com as necessidades individuais do usuário e familiar. Há ainda a demanda das internações compulsórias, as quais são encaminhadas via Promotoria Pública em que o serviço é obrigado a cumprir.

Em relação ao atendimento familiar dos usuários, os profissionais do CAPS AD realizam grupos de família. Os usuários são livres para participar das oficinas e grupos oferecidos, porém se percebe uma preocupação dos profissionais quanto à ausência dos mesmos por dias consecutivos, desencadeando a sua busca ativa.

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS AD, segundo Brasil (2004), deve ser formada por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico (responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas), quatro profissionais de nível superior e seis de nível médio. Dessa forma, na época da coleta de dados, a equipe do CAPS AD em questão era constituído por: um médico psiquiatra, uma enfermeira coordenadora com formação em saúde mental, dois médicos clínicos, três psicólogos, um terapeuta ocupacional, um agente comunitário de saúde, três técnicos de enfermagem, uma copeira, um assistente social e três agentes administrativos. Percebe-se a presença do profissional agente comunitário de saúde que é restrito das Unidades de Saúde da Família. Segundo informações colhidas durante a realização desta pesquisa, a justificativa para tal presença consistiu na dificuldade de contratação de um profissional para as funções de recepção de usuários e ao déficit de trabalhador de saúde no CAPS AD.

---

<sup>5</sup>Técnico de Referência é o profissional responsável em monitorar o usuário, o seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), contatar a sua família e avaliar as metas traçadas no PTS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Este profissional também é considerado um dispositivo do arranjo organizacional da saúde mental, que não se limita à atenção integral ao usuário, mas que promove a interação técnica e subjetiva entre equipes dos serviços de saúde, potencializando a gestão da equipe interdisciplinar (FURTADO, 2007; SILVA; COSTA, 2010).

A equipe técnica realiza reuniões de equipe às sextas-feiras pela manhã, constituindo-se em espaço para discussão de casos, de diretrizes e de assuntos técnicos em geral.

De acordo com a Portaria 336/02 do Ministério da Saúde, o atendimento prestado ao usuário deve incluir as seguintes atividades: atendimento individual e grupal; atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias; atendimento de desintoxicação. No CAPS AD em questão, foram observadas as seguintes atividades:

- 1- Acolhimento: realizado diariamente pelos psicólogos e técnicos de enfermagem, de acordo com a escala de trabalho preestabelecida. Sua função é acolher e encaminhar os usuários para os atendimentos e grupos de acordo com as suas necessidades.
- 2- Grupo de Prevenção de Recaídas: realizado às quintas-feiras, coordenado pela terapeuta ocupacional e conta com o auxílio das alunas do Curso de Terapia Ocupacional (TO). É um grupo voltado para o gênero feminino que tem a função de prevenir recaídas, através das intervenções do Plano de Prevenção de Recaídas (PPR).
- 3- Visitas Domiciliares: realizadas de acordo com escala preestabelecida pelos dois psicólogos e visa a visitar os usuários faltosos ou que demandam por algum problema, como, por exemplo, atendimento em domicílio.
- 4- Oficinas de Trabalho Artesanal: realizadas às segundas, quartas e quintas-feiras. Às segundas e quintas, a oficina é voltada para os homens e coordenada pela terapeuta ocupacional. Às quartas-feiras, as oficinas são destinadas ao grupo de mulheres e é coordenada pela TO e conta com o auxílio das alunas de TO. Nessas oficinas as usuárias realizam trabalhos em tecido, mosaicos, madeira entre outros.
- 5- Oficina de Unhas Artísticas: realizada às quintas-feiras e coordenada pela técnica de enfermagem, com o objetivo de promover um momento de bem-estar e autocuidado das usuárias mulheres.

- 6- Oficina de Culinária: realizada às terças-feiras e coordenada pela técnica de enfermagem, com o objetivo de promover um momento de ensino e aprendizado no sentido de divisão de tarefas, responsabilidade e comprometimento.
- 7- Grupo de Família: realizado pela psicóloga e pela terapeuta ocupacional, quinzenalmente, que tem por objetivo reunir os familiares dos usuários para conversar sobre as dificuldades e acompanhar o tratamento. Ressalta-se que existem dois grupos, sendo um com familiares de usuários internados e outro de usuários não internados.
- 8- Grupo de Abstinentes de Álcool: realizado às quintas-feiras à tarde, alternando-se com o grupo de múltiplas drogas, coordenado pela psiquiatra e conta com o auxílio da TO. É um grupo voltado para homens, em que se busca trabalhar a mudança na rotina dos pacientes através do uso de técnicas cognitivo-comportamentais.
- 9- Grupo de Múltiplas Drogas: realizado às quintas-feiras à tarde, alternando-se com grupo de abstinentes de álcool, coordenado pela psiquiatra e TO. É um grupo voltado para homens usuários, em que se trabalha a mudança na rotina dos pacientes, identificação de fatores de risco e proteção, através do uso de técnicas cognitivo-comportamentais.

#### **4.2.3 Sujeitos da pesquisa**

Os sujeitos da pesquisa foram constituídos pelos profissionais que integram a equipe de saúde e que trabalham na referida unidade, ou seja, um enfermeiro coordenador, três psicólogos, três técnicos de enfermagem, um agente comunitário de saúde, um terapeuta ocupacional e três médicos (sendo um psiquiatra e dois clínicos gerais), totalizando um número de doze participantes.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: terem vínculo empregatício efetivo e/ou temporário e que realizam atendimento às mulheres usuárias de substâncias psicoativas. Critérios de exclusão: trabalhadores em licença-gestante ou saúde durante o período de coleta de dados e que não realizam atendimento à população feminina em tratamento.

Neste estudo, os 12 profissionais de saúde entrevistados são identificados com os respectivos nomes fictícios de flores: Rosa, Antúrio, Gérbera, Hortênsia, Alecrim, Girassol, Tulipa, Lavanda, Lírio, Margarida, Camélia e Dália.

#### **4.2.4 Procedimentos éticos**

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, foram observados e respeitados todos os aspectos éticos disciplinados pela Resolução 466/12, regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde. Foi assegurada aos participantes deste estudo a desvinculação da pesquisa no momento em que desejassem, bem como a manutenção do sigilo quanto às informações coletadas e da privacidade dos mesmos. Este projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos e obteve aprovação, com o Parecer número 369.388 de 10/09/2013.

#### **4.2.5 Coleta de dados**

Para este estudo, os dados foram obtidos através das técnicas de entrevista semiestruturada (APÊNDICE I) e observação participante (APÊNDICE II), durante os meses de novembro de 2013 a março de 2014, mediante a autorização escrita de cada sujeito, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO I).

A entrevista constitui em uma técnica de coleta de dados mais utilizada no trabalho de campo, a qual é considerada uma conversa com finalidade entre dois ou mais interlocutores, iniciada pelo entrevistador, que visa a apreender e construir informações essenciais para um objeto de pesquisa e seus objetivos (MINAYO, 2010).

A entrevista semiestruturada é realizada por uma combinação entre perguntas abertas e fechadas, em que o pesquisador busca respostas mais amplas ao seu questionamento, com a finalidade de que o pesquisado discorra de forma livre frente às perguntas do pesquisador (MINAYO, 2010).

Nesta pesquisa foi elaborado um roteiro estruturado contendo questões, com a função de orientar a entrevista e facilitar todo o processo de comunicação. As questões foram enumeradas de forma abrangente, assegurando que os objetivos do estudo fossem abordados (MINAYO, 2010).

O roteiro da entrevista consistiu de uma parte de caracterização dos sujeitos, contendo seus dados pessoais e profissionais (idade, sexo, religião, profissão, qualificação profissional, tempo de experiência profissional na área de saúde e saúde mental, tempo de atividade no CAPS AD). Além dos dados de identificação do profissional, houve também questões norteadoras, tais como: Descreva o cotidiano do seu trabalho no CAPS AD; Quais são as atividades e intervenções que o(a) senhor(a) realiza com as mulheres que fazem uso problemático de álcool e outras drogas? Como você as desenvolve? Quais são as dificuldades que o(a) senhor(a) encontra no desenvolvimento deste trabalho? Gostaria de acrescentar alguma outra informação?

Os encontros foram previamente agendados de acordo com as possibilidades dos trabalhadores de saúde e da pesquisadora, sendo realizados em local que melhor atendeu a ambos. Para que ocorresse a apreensão de todas as informações e fidedignidade do registro dos dados coletados, utilizou-se o recurso do gravador durante as entrevistas, sendo que as mesmas foram transcritas após, pela pesquisadora.

As entrevistas realizadas com os trabalhadores de saúde do CAPS AD duraram aproximadamente 35 minutos. As entrevistas foram identificadas com nome de flores, para assegurar os preceitos éticos. Durante o processo de entrevista, apenas um dos entrevistados não permitiu que sua entrevista fosse gravada, sendo utilizado o diário de campo para anotação de suas percepções.

Outro recurso utilizado neste estudo foi a observação participante, a qual é considerada uma técnica que busca inserir o pesquisador no contexto em que está sendo estudado, para que o mesmo possa compreender todo o funcionamento da comunidade. Este recurso também possibilita apreender os conflitos e tensões existentes na realidade social, a partir da relação com os observados. Dessa forma, o observador é parte do contexto da observação, ao

mesmo tempo modifica e é modificado por ele (Schwartz; Schwartz, 1995 *apud* MINAYO, 2010).

Neste estudo utilizou-se a modalidade de observador como participante, que é empregada como estratégia complementar às entrevistas. Neste tipo de observação, o tempo de contato com o grupo é curto e superficial. Após sua inserção no grupo e através da vivência no meio, o pesquisador consegue de fato compreender a realidade e capturar a essência do fenômeno (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; MINAYO, 2010), sendo um processo construído tanto pelo pesquisador quanto pelos envolvidos (POLIT; BECK, 2011).

De acordo com Queiroz et al. (2007), o processo de observação deve ser sistematizado através de um roteiro (APÊNDICE II), como também, serem observadas as manifestações verbais e não verbais advindas dos sujeitos, atitudes dos trabalhadores de saúde e as ações realizadas por eles. Para isso, a pesquisadora possuía um diário de campo, que é um caderno de notas, para anotar informações, experiências, impressões pessoais e contradições com a fala obtida nesse processo, sendo o papel desempenhado pelo mesmo fundamental nesse método (POLIT; BECK, 2011), possibilitando que os achados da investigação no campo fossem mais fidedignos (MINAYO, 2010).

As observações com os trabalhadores de saúde do CAPS AD foram realizadas entre os meses de fevereiro a março de 2014, num período total de 10 dias, totalizando 80 horas, após um período de adaptação de 3 meses (de novembro de 2013 a janeiro de 2014), sendo focadas também no funcionamento e rotina desses profissionais, bem como no processo de interação social e terapêutico entre eles e as usuárias do serviço, conforme Quadro 1. Os espaços de observação escolhidos foram os grupos terapêuticos fechados com mulheres usuárias de múltiplas drogas, grupos de acolhimento com os psicólogos, oficina terapêutica de unhas artísticas, recepção e trabalhos artesanais realizados pelos profissionais. A observação de cada grupo e oficinas durou aproximadamente 1 hora cada, porém as observações da rotina, funcionamento e processo inter-relacional terapêutico e social entre usuárias do CAPS AD e trabalhadores de saúde ocorreram durante o expediente da unidade, ou seja, de segunda as sextas-feiras, das 7 às 17 horas. As observações foram registradas em um diário de campo, digitadas e

identificadas com as iniciais “OBS” precedidas por número, de acordo com a sequência de ordem (1 a 3) das observações realizadas.

**Quadro 1- Período das observações realizadas no campo empírico**

DATA	INÍCIO	TÉRMINO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
10/02/2014	07:00	18:00	11 horas	Observação Sistemática
11/02/2014	07:00	18:00	11 horas	Observação Sistemática
12/02/2014	07:00	18:00	11 horas	Observação do Grupo de Artesanato Observação Sistemática
13/02/2014	08:00	12:00	4 horas	Observação do Grupo de Unhas Artísticas Observação Sistemática
14/02/2014	08:00	12:00	4 horas	Reunião de Equipe
17/02/2014	07:00	17:00	10 horas	Observação Sistemática
19/02/2014	08:00	12:00	4 horas	Observação Sistemática
20/02/2014	07:00	12:00	5 horas	Observação do Grupo de Unhas Artísticas Observação Sistemática
25/02/2014	07:00	17:00	10 horas	Observação Sistemática
05/03/2014	07:00	17:00	10 horas	Observação Sistemática

Fonte: Produção da própria pesquisadora

As observações tiveram como facilitador um roteiro pré-elaborado com questões norteadoras, tais como: Quais as atividades e intervenções desenvolvidas neste trabalho? Quais os recursos disponíveis (materiais, humanos, físicos) no serviço?

A abordagem com os participantes da pesquisa ocorreu anteriormente à coleta de dados, para a identificação dos horários e das atividades realizadas. Para o acompanhamento dos grupos, oficinas e das rotinas e funcionamento da unidade, foi solicitada previamente autorização para todos os envolvidos e explicados os objetivos da pesquisa. Durante o processo de

observação, não ocorreram intercorrências.

#### **4.2.6 Forma de análise dos resultados**

Para análise dos dados resultantes da pesquisa, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo por categoria temática (BARDIN, 2010) e da técnica de triangulação dos dados.

A técnica de análise de conteúdo por categoria temática, descrita por Bardin (2010), funciona por operações de desmembramento do texto em unidades de significação e depois em reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas ou análise temática é a mais utilizada. Ela visa à preparação dos dados brutos para extração dos seus sentidos (BARDIN, 2010), portanto, o tema ou assunto, considerado a unidade de significação, pode ser apreendido no texto, através de uma palavra, frase ou resumo (MINAYO, 2010). Para Turato (2003), a análise de conteúdo temático permite apreender, nas expressões textuais, os temas recorrentes que aparecem nos diversos conteúdos concretos, possibilitando as categorizações e subcategorizações. De acordo com Bardin (1979, p.42):

“A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

A análise consiste em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação (BARDIN, 2010; MINAYO, 2010).

Na pré-análise, realizou-se a separação do material a ser analisado, com o objetivo de torná-lo funcional, estruturando suas ideias iniciais. A investigadora realizou a leitura flutuante



do material coletado para a constituição do *corpus*, ou seja, as entrevistas e os dados da observação participante, indo ao encontro das hipóteses iniciais ou emergentes e dos objetivos iniciais do trabalho. Nesta fase, a pesquisadora buscou contato de maneira intensa com todo o material coletado do campo empírico, apreendendo os conteúdos latentes das mensagens, capturando as primeiras impressões e articulando-as com os pressupostos e teorias relacionadas ao tema, de maneira mais reflexiva (CAMPOS; TURATO, 2009; MINAYO, 2010; BARDIN, 2010).

Em seguida, iniciou-se o processo de codificação dos dados, em que a pesquisadora recortou temas, frases ou palavras que possuíam relevância e recorrência sobre o objeto de estudo e que se desejou codificar, definido com unidade de registro, as quais contribuíram para a criação das subcategorias e categorias. As unidades de contexto foram formadas pelos parágrafos ou segmentos da mensagem, as quais foram utilizadas para auxiliar na compreensão das unidades de registro (BARDIN, 1979).

Após essa etapa, buscou-se a exploração do material através de classificação e elaboração de áreas temáticas, das subcategorias e categorias de análise e codificação, ou seja, agrupar ideias em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. A análise temática consiste em descobrir núcleos de sentido cuja relevância ou repetição de aparição pode significar algo para o objetivo analítico escolhido (TURATO, 2003; CAMPOS, 2004; CAMPOS; TURATO, 2009; BARDIN, 2010; MINAYO, 2010). Na formação das categorias e subcategorias, utilizou-se a codificação alfanumérica das unidades de registro.

Na fase de tratamento dos resultados obtidos, inferência e interpretação, foram realizados tratamento dos dados obtidos, condensamento e levantamento de informações que foram analisadas crítica e reflexivamente, baseando-se na fundamentação teórica e pessoal sobre o tema emergido (BARDIN, 2010; MINAYO, 2010). Segundo Campos e Turato (2009), produzir inferências constitui em produzir conhecimentos implícitos apreendidos das mensagens, porém ancorando-as ao referencial teórico.

Frequentemente em estudos qualitativos, os pesquisadores utilizam a técnica de triangulação dos métodos e fontes, a fim de desenvolver uma compreensão, descrição e explicação ampla do foco do estudo.

A triangulação é estratégia de análise de dados que se perfaz pela “convergência ou corroboração dos dados coletados e interpretados a respeito do mesmo fenômeno” (SOUZA; DRIESSNACK; MENDES, 2007, p.4). Portanto, é olhar para um determinado fenômeno a partir de diferentes fontes de dados.

“É uma estratégia de pesquisa que se apoia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares e que deve ser escolhida quando contribuir para aumentar o conhecimento do assunto e atender aos objetivos que se deseja alcançar” (MINAYO, 2010, p.71).

A triangulação supera os desvios que podem surgir nos estudos e também auxilia na construção de um modelo mais completo e contextualizado do grupo estudado. Tem como objetivo principal a compreensão da realidade e envolve o uso de várias fontes de dados para validar as conclusões (POLIT; BECK, 2011).

Neste estudo optou-se pela triangulação dos dados, onde foi possível corroborar dados coletados da fonte (neste caso o CAPS AD), com a finalidade de se obterem uma descrição mais minuciosa e uma compreensão em profundidade do fenômeno em estudo (DENZIN; LINCOLN, 2010).

Após a leitura flutuante e exaustiva do material, foram elaboradas planilhas contendo quadro-síntese das entrevistas e das observações realizadas, e identificadas as categorias e subcategorias. Também foi realizada a identificação das unidades de registro que auxiliassem na análise dos dados.

***APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E  
DISCUSSÃO***

---

## **5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A partir das entrevistas realizadas, foram elaboradas as planilhas de cada entrevistado, o qual foi identificado com o nome fictício de flores, respeitando a sequência numeral de acordo com a realização das entrevistas, contendo os seus dados pessoais e profissionais, as primeiras categorias temáticas e as unidades de registro e de contexto. Após a apresentação das planilhas, segue-se a apresentação das Categorias Temáticas finais e de suas respectivas subcategorias.

Salienta-se, também, que foram apresentadas três planilhas referentes às observações das oficinas terapêuticas realizadas com mulheres no CAPS AD, as quais estão identificadas com a sigla “OBS” que significa Observação, precedida pelo número que corresponde à sequência da observação. Após codificação e classificação, foram inferidas temáticas que facilitaram a discussão e análise das entrevistas, através do processo de comparação com as entrevistas, possibilitando apreender algumas contradições.

### **5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa**

O Quadro 2 apresenta os dados dos profissionais entrevistados quanto à idade, sexo, religião, profissão, tempo de experiência na área da saúde, tempo de experiência na área de saúde mental e tempo de experiência no CAPS AD.

Observou-se o predomínio de profissionais do sexo feminino que compuseram um total de oito entrevistadas, enquanto do sexo masculino apenas quatro entrevistados. A idade dos profissionais permeou a faixa etária de 32 a 60 anos, sendo que, no aspecto da religião, houve predomínio do catolicismo (5 entrevistados), seguido do espiritismo (3 entrevistados), sem religião (2 entrevistados), cristianismo e umbanda (1 entrevistado cada). O tempo de experiência na área da saúde variou de 1 ano a 35anos; na área de saúde mental de 9 meses a 25 anos e no CAPS AD de 4 meses a 7 anos.

**Quadro 2- Caracterização dos trabalhadores de saúde do CAPS AD de uma cidade do interior paulista – 2014**

NOME	IDADE (anos)	SEXO	RELIGIÃO	TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE	TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA DE SAÚDE MENTAL	TEMPO DE EXPERIÊNCIA NO CAPS AD
Rosa	32	Feminino	Católica	14 anos	3 anos e 6 meses	1 ano e 6 meses
Antúrio	37	Masculino	Não tem	1 ano	1 ano	1 ano
Gérbera	38	Masculino	Espírita	3 anos	7 anos	3 anos
Hortênsia	45	Feminino	Umbanda	13 anos	9 meses	9 meses
Alecrim	39	Feminino	Católica	1 ano e 7 meses	1 ano e 2 meses	1 ano e 2 meses
Girassol	45	Feminino	Não tem	20 anos	7 anos	2 anos
Tulipa	40	Feminino	Católica	20 anos	6 anos	6 meses
Lavanda	41	Feminino	Católica	13 anos	7 anos	7 anos
Lírio	37	Feminino	Espírita	14 anos	11 anos	2 anos e 8 meses
Margarida	32	Feminino	Católica	6 anos	6 anos	6 anos
Camélia	50	Masculino	Cristão	25 anos	25 anos	4 meses
Dália	60	Masculino	Espírita	35 anos	Sem experiência	7 anos

Fonte: Produção da própria pesquisadora

## 5.2 Planilhas das entrevistas realizadas com os trabalhadores de saúde

**Planilha da Entrevista 1:** Idade: 32 anos; Sexo: Feminino; Religião: Católica; Tempo de Experiência na Saúde: 14 anos; Na Saúde Mental: 3 anos e 6 meses; No CAPS AD: 1 ano e 6 meses.

PRIMEIRAS CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)	UNIDADES DE CONTEXTO
Desenvolvimento de trabalho assistencial	<p>1.. Atendimento de famílias e usuários</p> <p>2.. Realização de escuta qualificada</p> <p>3. Atendimento planejado e dentro da especificidade da mulher</p>	<p>(...) Hã..., atendo famílias, atendo usuários né? Faço assembleias (...) converso com uma família que precisa de orientação (...) E1.1</p> <p>(...) É, outro, outro tipo de atendimento é mais tranquilo quando elas estão, elas pedem para conversar, né?. (...) Para a gente escutar mesmo, eu acho que é mais escuta (...) Uma das coisas que a gente faz muito com as mulheres, é sim, assim, a escuta, porque para elas chegarem já é difícil né? (...) E1.2</p> <p>(...) eu entendo que uma intervenção para mulher tem que ser mais planejada né? Por isso que a gente pensa caso a caso cada mulher (...) E1.3</p>
Desenvolvimento de trabalho administrativo e gerencial	<p>4. Administração e supervisão</p> <p>5. Levantamento estatístico dos atendimentos e modalidades de tratamento</p> <p>6. Responder ofícios à Defensoria Pública</p> <p>7. Participação em reuniões</p> <p>8. Articulação de saúde mental do município</p> <p>9. Organização e dimensionamento da equipe</p>	<p>(..).então eu cuido das questões administrativas e da supervisão do cuidado dos pacientes (...) E!4</p> <p>(...) quantificar quantas pessoas em tratamento, que tipo (...) E1.5</p> <p>(...) responder muitos ofícios para a Defensoria né? (...) E1.6</p> <p>(...) estar em reuniões fora do serviço, que estão relacionadas com a problemática (...) participo de reunião com a cidadania [<i>Secretaria da Cidadania</i>], com os serviços de adolescentes (...) E1.7</p> <p>(..) então eu represento o município por enquanto na DRS [Direção Regional de Saúde] como articulação de saúde mental E1.8</p> <p>(...) organizar quem vai fazer esses cursos, quem que pode... estar à frente de um projeto, pensar quantas pessoas eu preciso pro CAPS (...) controla ponto dos funcionários, faz pedido de material, confere, Hã... vê lista de férias, hum...,é, responde alguma coisa mais específica né? da área de enfermagem</p>

	10. Matriciamento em saúde mental	também, porque sou enfermeira, organizo a escala meio que diária, onde vai, quem vai ficar, se vai ter alguma falta, um atestado (...) E1.9  (...) faço, às vezes, visitas nas unidades para discutir algum caso, Hã (...) E1.10
Dificuldades no cotidiano do trabalho com as mulheres	<p>11. Pouco contato com as mulheres</p> <p>12. Especificidades do cuidado das mulheres</p> <p>13. Baixa demanda de mulheres no serviço e procura tardia</p> <p>14. Dificuldades de trabalho com grupos mistos</p> <p>15. Preconceitos dos usuários homens em relação ao tratamento das mulheres</p> <p>16. Sentimentos de vergonha das mulheres e</p>	<p>(...) eu não tenho um contato é, por exemplo, todo dia com mulheres (...) E1.11</p> <p>(...) as dificuldades... assim, as especificidades das mulheres, então, como eu te falei, mulher ela é, se é usuária de álcool e <i>crack</i> p.e. ou de outras drogas, ela tem um diferencial para “<i>tar</i>” buscando um tratamento (...) Eu acho que essa é uma grande dificuldade da gente aqui, há nessa questão do tratamento diário, tem que pensar uma coisa diferenciada para elas (...) E1.12</p> <p>(...) A procura delas é bem menor (...) Quando elas vêm, elas vêm já muito debilitadas, e aí é a nossa dificuldade né? tentar trabalhar com um quadro já bem complicado (...) E1.13</p> <p>(...) E... se ficam no meio dos rapazes, eles... eles se estranham. Ah, mas que ela tá fazendo aqui (...) E1.14</p> <p>(...) algumas dessas meninas elas têm um histórico de prostituição pra manter o uso das drogas né? (...)E1.14</p> <p>(...) Muitas vezes a gente faz assembleias extraordinárias... para conversar, quando têm os homens e as mulheres porque eles “<i>começa</i>” a ter atritos (...) E1.15</p> <p>(...) E quando são muito jovens, meninas bonitas aí é ao contrário né? Todo o assédio em cima delas também dá problema (...) E1.15</p> <p>(...) Tem até o próprio preconceito dos homens em relação às mulheres dentro do tratamento (...) E1.15</p> <p>(...).com, a gente, eu percebo assim muita dificuldade, acanhamento quando elas vêm, elas vêm meio né? “<i>cabisbaixas</i>”</p>

	comorbidades psiquiátricas	né?, a maioria tá relacionada com transtorno de depressão, né? A grande maioria (...) E1.16
	17. Preconceitos da família e redes de apoio	(...) Porque um homem já é difícil, uma mulher é mais difícil ainda, é mais, a família é mais preconceituosa, a rede é preconceituosa, né? (...) E1.17
Reflexões da intencionalidade do trabalho cotidiano	18. Reflexão da baixa demanda de mulheres no serviço	(...) eu acho que a gente tem que repensar, que a gente como CAPS, tem repensado muito essa, como as mulheres estão em pequeno número no CAPS, e têm mulheres usuárias, a gente sabe (...)E1.18
	19. Reflexão sobre as dificuldades da equipe no processo de busca ativa	(...) a gente tem pensado, tem que pensar é, como a gente pode trazê-las, eu acho que a gente tá sendo ineficaz ainda na questão da busca (...) E1.19 (...) a gente tem pensado em coisas diferentes para tentar, né? É trazer essas mulheres, porque a gente sabe que têm muitas, mas elas não chegam até o serviço, talvez por preconceito e tudo mais (...) E1.19

Fonte: Produção da própria pesquisadora



<b>Planilha da Entrevista 2:</b> Idade: 37 anos; Sexo: Masculino; Religião: /; Tempo de Experiência na Saúde: 1 ano; Na Saúde Mental: 1 ano; No CAPS AD: 1 ano		
<b>PRIMEIRAS CATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
Desenvolvimento de trabalho assistencial	<p>1- Acolhimento dos usuários</p> <p>2- atendimentos psicológicos individuais aos usuários homens e mulheres</p> <p>3- Coordenação de grupos terapêuticos</p> <p>4- Visitas domiciliares</p> <p>5- Acolhimento de mulheres</p> <p>6- Ausência de atividades do profissional específicas com mulheres usuárias</p>	<p>(...) profissional técnico do serviço, eu sou incumbido assim, como os demais profissionais, de fazer o acolhimento dos pacientes que chegam com demanda de álcool e drogas (...) E2.1</p> <p>(...) além disso, faço atendimento psicológico individualizado (...) E2.2</p> <p>(...) faço grupo com famílias, é, grupo de prevenção de recaídas E2.3</p> <p>(...) visitas domiciliares (...) E2.4</p> <p>(...) Em relação às mulheres, basicamente o meu envolvimento é com o acolhimento (...) E2.5</p> <p>(...) eu não trabalho direto com elas (...) mas um trabalho específico eu não tenho (...) E2.6</p>
Desenvolvimento de trabalho administrativo	7- Auxílio no trabalho administrativo	(...) e eventualmente resolvendo alguns problemas internos, administrativos ou acabo também ajudando o serviço (...) E2.7
Dificuldades no cotidiano do trabalho com as mulheres	<p>8- Baixa demanda de mulheres no serviço</p> <p>9- Falta de estrutura física</p> <p>10- Dificuldades de rede de apoio e de articulação com a rede de saúde mental</p>	<p>(...) Acaba sendo um grupo pouco priorizado, porque as demandas existem, mas o grosso do nosso atendimento hoje são os homens (...) E2.8</p> <p>(...) Eu acho que a perspectiva de como inseri-las no serviço, porque temos um problema de estrutura, de espaço físico (...) E2.9</p> <p>(...) e também a rede de apoio do município é muito pouco estruturada para o atendimento das mulheres, então fica difícil, as questões de encaminhamentos e opções de tratamento. Então a dificuldade é nesse sentido, a rede de apoio não é estruturada para atender às demandas e acaba concentrando tudo aqui (...) E2.10</p>

<b>Planilha da Entrevista 3:</b> Idade: 50 anos; Sexo: Masculino; Religião: Cristão; Tempo de Experiência na Saúde: 25 anos; Na Saúde Mental: 25 anos; No CAPS AD: 4 meses		
<b>PRIMEIRAS CATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
Desenvolvimento de trabalho assistencial	<p>1- Consultas de clínica médica com os usuários</p> <p>2- Escuta qualificada com usuários</p> <p>3- Tratamento medicamentoso</p> <p>4- Escuta qualificada das mulheres usuárias</p>	<p>(...) São... consultas médicas, consultas individuais (...) E3.1</p> <p>(...) e converso com pessoas dependentes químicas de tudo que você puder imaginar, é... tentando entender a história da dependência (...) E3.2</p> <p>(...) e tentando interferir da melhor maneira que eu posso, para construir uma nova realidade, com medicação e com os recursos que a gente dá (...) A gente pode até usar medicação, de controle químico e homeopático (...) E3.3</p> <p>(...) Eu escuto, nós pensamos juntos sobre aquilo que eu escutei E3.4</p>
Facilidades no cotidiano de trabalho com as mulheres	5-Facilidade no tratamento das mulheres em relação aos homens	(...) eu tenho um pouco mais de facilidade com as mulheres, porque o homem normalmente é mais orgulhoso. Eu acredito que a mulher pela sua sensibilidade, pela sua própria natureza é mais fácil de ser conscientizada, porque ela está acostumada a olhar mais seus sentimentos do que o homem, eu não diria que tem uma dificuldade, eu diria que tem uma facilidade maior no tratamento da mulher do que do homem (...) E3.5

Fonte: Produção da própria pesquisadora

<b>Planilha da Entrevista 4:</b> Idade: 38 anos; Sexo: Masculino; Religião: Espírita; Tempo de Experiência na Saúde: 3 anos; Na Saúde Mental: 7 anos; No CAPS AD: 3 anos		
<b>PRIMEIRAS CATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
Desenvolvimento de trabalho assistencial	<p>1- Acolhimento dos usuários</p> <p>2- atendimentos psicológicos individuais aos usuários e familiares</p> <p>3- Coordenação de Grupos Terapêuticos</p> <p>4- Visitas domiciliares</p> <p>5- Acompanhamento de usuários</p> <p>6- Acolhimento de mulheres</p> <p>7- Ausência de atividades do profissional específicas com as mulheres usuárias</p> <p>8- Encaminhamento a outro profissional do CAPS do sexo feminino</p>	<p>(...) Acolhimentos E4.1</p> <p>(...) atendimentos individuais (...) atendimentos familiares E4.2</p> <p>(...) grupo terapêutico, grupo de atividade, grupo de acolhimento E4.3</p> <p>(...) Visitas né? Visita domiciliar E4.4</p> <p>(...) acompanhamento de usuários às vezes E4.5</p> <p>(...) Mulheres, eu só faço acolhimento, só quando eu estou de plantão no acolhimento E4.6</p> <p>(...) eu não tenho atendimento específico com mulheres não E4.7</p> <p>(...) normalmente eu converso com a “Girassol” que ela que tem mais foco com as mulheres para ver o que ela acha mais aconselhável, assim, quando eu faço acolhimento de mulher, eu tento conversar com alguém, normalmente é com a “Girassol” que ela tem o grupo de mulheres, às vezes a “Lavanda”(…) mas quando tem grupo de mulheres eu acabo encaminhando para a “Girassol”, mas decidir a princípio o grupo com a “Girassol”, se, se é perfil de grupo e daí para frente é ela que acompanha E4.8</p>
Dificuldades no cotidiano do trabalho com as mulheres	9- Reflexão sobre a oferta de atividades terapêuticas voltadas para a mulher no CAPS	(...) Ah, eu não encontro muitas dificuldades não, eu acho que assim, é, eu acho que faltam atividades às vezes assim, a gente tem, agora melhorou um pouco, a gente tem agora 3 grupos de mulheres diferentes, 3 opções, além dos atendimentos individuais, então fica um pouco mais mais tranquilo E4.9

Fonte: Produção da própria pesquisadora

**Planilha da Entrevista 5:** Idade: 45 anos; Sexo: Feminino; Religião: Umbanda; Tempo de Experiência na Saúde: 13 anos; Na Saúde Mental: 9 meses; No CAPS AD: 9 meses

PRIMEIRAS CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)	UNIDADES DE CONTEXTO
Desenvolvimento de trabalho assistencial	<p>1- Acolhimento dos usuários</p> <p>2- Coordenação de oficinas terapêuticas</p> <p>3-Planejamento de atividades psicoeducacionais</p> <p>4-Ausência de atividades do profissional específicas com as mulheres usuárias</p> <p>5- Orientação</p> <p>6- Acolhimento de mulheres</p>	<p>(...) faço tanto a parte de enfermagem quanto a parte de acolhimento, porta de entrada, ajudo o pessoal na recepção (...) Mas é, mas o meu trabalho aqui é mais o acolhimento, e voltado para a enfermagem mesmo E5.1</p> <p>(...) também dentro dos grupos, a gente tem os grupos, mas hoje, hoje mais voltado para o acolhimento. Nos grupos, eu “tô” fazendo aquela saúde e educação em saúde, tá, eu tinha começado logo que eu cheguei, aí dei uma parada agora E5.2</p> <p>(...) Eu vou retomar nos próximos meses, até hoje “tava” procurando uns temas para ver “pro” pessoal também para “tar”fazendo, iniciando, caso eu quero “tar” fazendo essa parte de drogas (...) Então eu até tinha pensado, pensei em fazer, começar alguma coisa sobre drogas, mas cada semana eu vou “tar” falando de uma droga específica, causas, consequências, tratamentos e tudo mais E5.3</p> <p>(...) olha, eu com mulheres não atuo, são outros profissionais que têm oficinas de mulheres, tanto na quarta como na quinta-feira (...) Em suma, assim eu não participo dessas oficinas, porque eu faço outras coisas tá? (...) Mas eu mesmo não desenvolvo o trabalho com as mulheres E5.4</p> <p>(...) Mas na medida do que eu posso, eu oriento e até incentivo assim, eu peço para que elas venham, para “tar” participando dos grupos, principalmente as mulheres, que a gente vê que é uma parte mais vulnerável e, pela maneira com que elas procuram, aqui, muitas vezes elas chegam a depender, devido a uma violência tá? E5.5</p> <p>(...) Mas no acolhimento você trabalha com elas? Sim, no acolhimento é assim no geral, tanto masculino, como feminino quantos adolescentes tá? (...) muitas vezes durante os acolhimentos que eu faço, elas sentem até aquele medo (...) muitas vezes, a gente faz acolhimento com mulheres que</p>

		sofreram violência (...) às vezes moradora de rua mesmo, são agredidas e tudo mais, a gente procura “tar” atendendo aqui, entendeu E5.6
Dificuldades no cotidiano do trabalho com as mulheres	7- Dificuldades de as mulheres usuárias aceitarem e aderirem ao tratamento  8- Baixa demanda de mulheres nos serviços	(...) Olha, com as mulheres, muitas vezes é a aceitação delas, às vezes, é elas têm aquela, aquela dificuldade (...) Mas assim, a dificuldade maior eu acho é até um pouco a adesão delas (...) E5.7  (...) eu acho que homem é aqui até mais fácil, eu não sei se é pelo, pelo número de homens ser maior aqui, e a gente tem muito pouco mulheres. Têm umas que preferem vir para os grupos, mas não ficam intensivas (...) E5.8

Fonte: Produção da própria pesquisadora

<b>Planilha da Entrevista 6:</b> Idade: 60 anos; Sexo: Masculino; Religião: Espírita; Tempo de Experiência na saúde: 35 anos; Na Saúde Mental: /; No CAPS AD: 7 anos		
<b>PRIMEIRAS CATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
Desenvolvimento de trabalho assistencial	1- Consultas de clínica médica com os usuários	(...) Atendo clínica médica às terças, quintas e sextas (...)Atendo clinicamente (...) E6.1
Facilidades no cotidiano de trabalho com as mulheres	2- Acessibilidade das mulheres	(...) as mulheres são mais acessíveis do que os homens, só isso (...) E6.2

Fonte: Produção da própria pesquisadora

**Planilha da Entrevista 7:** Idade: 39 anos; Sexo: Feminino; Religião: Católica; Tempo de Experiência na Saúde: 1 ano e 7 meses; Na Saúde Mental: 1 ano e 2 meses; No CAPS AD: 1 ano e 2 meses

<b>PRIMEIRAS CATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
Desenvolvimento de trabalho administrativo	1- Atendimento e recepção dos usuários	(...) a gente chega, faz só recepção, eu “tô” fazendo ultimamente né? Hã... atendo telefone, preencho ficha, organizo alguma coisa, algum trabalho a ser feito, isso aí (...) no momento eu só “tô” ficando lá na recepção né, então não faço nenhum atendimento ou grupo (...) atualizo dados, pego prontuários, atendo telefones, mais isso E7.1
Desenvolvimento de trabalho assistencial	2- Acolhimento e triagem de mulheres	(...) Geralmente eu pergunto o que ela veio fazer, se veio passar com o médico ou com algum profissional E7.2
Dificuldades no cotidiano do trabalho com as mulheres	3- Falta de recursos humanos e infraestrutura física  4- Dificuldade de rede de apoio e articulação com a Rede de Saúde Mental  5- Dificuldades de as mulheres usuárias aderirem ao tratamento	(...) É, eu acho que falta mais instrumentos para trabalhar (...) espaço físico, mais profissionais envolvidos, porque não tem espaço físico, não tem profissionais totalmente à disposição delas, e acabam interrompendo o tratamento E7.3  (...) que a gente pudesse contar com a rede, com as ESF [Estratégia de Saúde da Família] próximas que tivessem psicólogos né? para continuar o trabalho, então meio que fecha aqui o trabalho E7.4  (...) e aí elas acabam não aderindo ao trabalho E7.5

Fonte: Produção da própria pesquisadora

**Planilha de Entrevista 8:** Idade: 45 anos; Sexo: Feminino; Religião: /; Tempo de Experiência na Saúde: 20 anos; Na Saúde Mental: 7 anos; No CAPS AD: 2 anos

PRIMEIRAS CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)	UNIDADES DE CONTEXTO
Desenvolvimento de trabalho assistencial	<p>1- Atividades físicas e corporais com usuários</p> <p>2- Coordenação de Oficinas Terapêuticas e grupos terapêuticos</p> <p>3- Planejamento para implementação de grupos</p> <p>4- Coordenação de grupos e oficinas terapêuticas para mulheres</p>	<p>(...) Na segunda-feira de manhã eu tenho, faço uma atividade com os pacientes na Fundação, pois lá tem um campo né, onde o pessoal caminha, faz atividade física, a gente sobe até lá, faz alongamento (...) a gente faz um alongamento no coberto e em seguida uma roda de conversa E8.1</p> <p>(...) depois que a gente volta a gente faz uma oficina manual, no momento a gente está fazendo uma oficina de mosaico (...) Na quinta-feira eu tenho, é, a oficina de mosaico que a gente tá fazendo, né, 2 vezes por semana, e tenho também, faço a horta com os pacientes intensivos (...) e a cada 15 dias eu tenho o grupo de família, para familiares que tem ou não pacientes internados E8.2</p> <p>(...) na terça de manhã eu faço, “tô” tentando montar um grupo de prevenção de recaída E8.3</p> <p>(...) a gente programa na quarta a oficina de mulheres, as meninas, as alunas fazem a oficina de mulheres, então eu fico meio, se tem algum problema eu venho, tô sempre por perto né, na oficina de mulheres E8.4</p> <p>(...) E no de quinta a gente trabalha o Plano de Prevenção de Recaídas (PPR), então assim, qual o grau de intervenção realmente para eles pararem de usar drogas, quais são as estratégias, o que leva ao risco, então assim, o que é fator de risco, o que é fator de proteção, quais são as estratégias para lidar com fatores de risco, a gente tem a programação de alguns encontros que a gente trabalha o esclarecimento delas para enfrentar o uso, vontade e fissura de drogas, a gente tem que trabalhar o que elas vão fazer efetivamente para conseguir falar não ao uso da substância né, então a gente trabalha com todas essas questões, mais isso né? E8.4</p>

	5- Promoção de espaço para trocas	(...) a gente faz esse grupo é, de atividades né, eu faço de quarta-feira com o objetivo de ser um espaço onde a gente tem troca de informações, troca de vivências, um espaço muito rico, muito interessante, porque elas se identificam né, tem até um paciente que coloca que ela se achava um E.T. [ <i>extraterrestre</i> ], a única usuária de cocaína nesse mundo, e ela no grupo percebe que têm outras pessoas com dificuldades que nem ela, e a gente tenta ver o que elas são capazes de fazer, coisas boas que elas conseguem e fazer e são capazes de fazer E8.5
Desenvolvimento de trabalho administrativo e educacional	6- Supervisão de estágio	(...) e supervisão das alunas da TO [ <i>Curso de Graduação de Terapia Ocupacional</i> ] E8.6
	7- Reuniões de equipe	(...) Na sexta é reunião de equipe (...) E8.7
Dificuldades no cotidiano do trabalho com as mulheres	8- Dificuldades de as mulheres usuárias aderirem ao tratamento	(...) Então, a permanência delas no grupo, porque elas vêm, elas gostam muito, elas vão embora <i>feliz</i> , elas não querem ir embora, Na segunda-feira uma paciente me perguntou: - Por que só homens ficam aqui todos os dias? Também quero ficar todos os dias, “tô” precisando!”, e ao mesmo tempo elas não aderem tanto ao tratamento (...) E8.8

Fonte: Produção da própria pesquisadora



Planilha da Entrevista 9: Idade: 40 anos; Sexo: Feminino; Religião: Católica; Tempo de Experiência na Saúde: 20 anos; Na Saúde Mental: 6 anos; No CAPS AD: 6 meses		
PRIMEIRAS CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)	UNIDADES DE CONTEXTO
Desenvolvimento de trabalho assistencial	<p>1- Acolhimento dos usuários</p> <p>2-Coordenação de Oficinas e Grupos Terapêuticos</p> <p>3-Realização de procedimento técnico de medicação</p> <p>4- Orientações</p> <p>5- Realização de escuta qualificada</p> <p>6-Coordenação de Grupo Terapêutico para mulheres</p> <p>7- Promoção de espaço para trocas</p> <p>8- Organização do ambiente para a atividade</p> <p>9- Registro de enfermagem nos prontuários</p>	<p>(...) o paciente vem, a gente faz o acolhimento, recebe (...)Mas aí você faz acolhimento E9.1</p> <p>(...) oficinas terapêuticas como você participou da última, grupo de alcoolistas (...) Faço o grupo de mulheres e homens, de mulheres é que eu levo para as unhas artísticas, de homens é de abstinentes E9.2</p> <p>(...) medicação quando tem atendimento do médico, enfim, é uma rotatividade (...) e quando acho que precisa eu oriento também E9.3</p> <p>(...) As intervenções, são as orientações, né (...) <i>mais</i> isso é em último caso, <i>é</i> mais orientações mesmo E9.4</p> <p>(...) e escuto (...) somos bons ouvintes (...)a gente ouve muito, somos bons ouvintes, quando possível, a gente mais ouve E9.5</p> <p>(... )Faço o grupo de mulheres (...) de mulheres é que eu levo para as unhas artísticas E9.6</p> <p>(...) No grupo eu deixo elas à vontade para falar o que elas quiserem E9.7</p> <p>(...) na verdade eu só arrumo o ambiente e os materiais E9.8</p> <p>(...) E quando termina, eu anoto nos prontuários aquilo que foi feito E9.9</p>
Dificuldades no cotidiano do trabalho com as mulheres	10- Dificuldades de as mulheres usuárias aderirem ao tratamento	(...)Ah, a adesão delas que é muito difícil, fazer elas “ <i>vir</i> ” até o serviço, têm umas que <i>aderem</i> bem, têm outras que vem um dia e depois somem, o que seria ideal é que aquele grupo viesse sempre, cada dia tem uma a mais ou uma a menos (...) E9.10

<b>Planilha da Entrevista 10:</b> Idade: 41 anos; Sexo: Feminino; Religião: Católica; Tempo de Experiência na Saúde: 13 anos; Na Saúde Mental: 7 anos; No CAPS AD: 7 anos		
<b>PRIMEIRAS CATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
Desenvolvimento de trabalho assistencial	1- Coordenação de Oficinas e Grupos Terapêuticos  2- Acolhimento dos usuários  3-Coordenação de Grupos Terapêuticos com as mulheres	(...) Cotidiano... hum..., assim, cada dia é uma atividade, eu faço oficinas, eu faço grupo de família E10.1  (...) eu faço acolhimentos E10.2  (...) as atividades com as mulheres eu faço com as adolescentes, mas “tá” parada no momento, que é a e culinária (...) com mulher é isso mesmo E10.3
Desenvolvimento de trabalho administrativo	4- Atendimento e recepção dos usuários	(...) faço atendimentos e agendamento quando eu “tô” no balcão ajudando E10.4
Dificuldades no cotidiano do trabalho com as mulheres	5- Dificuldades de as mulheres usuárias aderirem ao tratamento	(...) Olha, eu acho que o maior trabalho é a adesão, que na atividade mesmo eu não tenho muito problema, mas as faltas...elas acabam se perdendo, ficam 3 semanas sem vir e aí já não pode mais voltar nessa atividade, tem que fazer o acolhimento e então começar tudo de novo, é mais a adesão mesmo E10.5

Fonte: Produção da própria pesquisadora

**Planilha da Entrevista 11:** Idade: 37 anos; Sexo: Feminino; Religião: Espírita; Tempo de Experiência na Saúde: 14 anos; Na Saúde Mental: 11 anos; No CAPS AD: 2 anos e 8 meses

PRIMEIRAS CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)	UNIDADES DE CONTEXTO
Desenvolvimento de trabalho assistencial	1- Avaliação psiquiátrica dos usuários  2- Tratamento medicamentoso  3- Coordenação de grupo terapêutico  4- Intervenção breve com mulheres  5- Avaliação psiquiátrica das mulheres  6- Acompanhamento terapêutico do tratamento das mulheres	(...) Aqui eu faço a avaliação dos pacientes que passaram pelo acolhimento E11.1  (...) e que tem alguma indicação de avaliação psiquiátrica para medicação em relação à dependência química ou em relação à avaliação de alguma comorbidade, no tratamento de alguma comorbidade psiquiátrica E11.2  (...) Também faço um trabalho de grupo, quero começar o de mulheres, o grupo tem, usa técnicas cognitivo-comportamental para trabalhar a questão da mudança de rotina para esses pacientes E11.3  (...) Intervenção breve quando é o caso, dependendo do momento que a paciente está E11.4  (...) ou mesmo avaliação clínica para determinar a necessidade ou não e qual a medicação que vai ser prescrita E11.5  (...) reavaliação dos efeitos terapêuticos da medicação e seguimento dos casos E11.6
Dificuldades no cotidiano do trabalho com as mulheres	7- Vínculos familiares rompidos  8- Gravidade do quadro clínico  9- Falta de suporte social e familiar  10- Questões pessoais de conteúdo emocional que interferem no tratamento	(...) quando elas vêm, elas já estão com os vínculos familiares muito rompidos E11.7  (...) ou tem quadros muito graves, porque normalmente no início do quadro elas por ventura não procuram, e quando procuram já estão com o quadro grave mesmo E11.8  (...) o trabalho com elas, às vezes, é carente de suporte social e familiar principalmente E11.9  (...) eu acho uma particularidade das mulheres que eu falo por experiências anteriores que eu tive, elas trazem questões muito pessoais de conteúdo emocional, bem mais pessoal para discussão, então elas fogem um pouco do que você estabeleceu

		para trabalhar, a conversa acaba “descambando” muito para o lado pessoal de cada uma delas, fica tudo mais fundido, ela mistura tudo (...) E11.10
--	--	---

Fonte: Produção da própria pesquisadora

<b>Planilha da Entrevista 12:</b> Idade: 32 anos; Sexo: Feminino; Religião: Católica; Tempo de Experiência na Saúde: 6 anos; Na Saúde Mental: 6 anos; No CAPS AD: 6 anos		
<b>PRIMEIRAS CATEGORIAS</b>	<b>UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)</b>	<b>UNIDADES DE CONTEXTO</b>
Desenvolvimento de trabalho assistencial	<p>1- Coordenação de grupo terapêutico</p> <p>2- Acolhimento dos usuários</p> <p>3- Busca ativa de usuários</p> <p>4- Atendimentos psicológicos aos usuários</p> <p>5- Ausência de atividades do profissional específicas com as mulheres usuárias</p>	<p>(...) Segunda eu tenho grupo de acolhimento, que é um espaço para troca de experiência e reflexão, grupo de familiares (...) quinta (...) grupo de abstinentes E12.1</p> <p>(...) terça eu também faço acolhimento (...) quinta acolhimento E12.2</p> <p>(...) faço desse horário livre, um espaço para busca ativa de pacientes E12.3</p> <p>(...) quarta atendimentos psicológicos individuais E12.4</p> <p>(...) Então, no momento eu não tenho nenhuma proposta voltada só para mulheres E12.5</p>
Desenvolvimento de trabalho administrativo	6- Reunião de equipe	(...) e sexta reunião de equipe (...) E12.6
Dificuldades no cotidiano de trabalho com as mulheres	<p>7- Dificuldades de as mulheres usuárias aderirem ao tratamento</p> <p>8- Dificuldades de as mulheres se expressarem em grupos de acolhimento com homens usuários</p> <p>9- Dificuldades de trabalho com grupos mistos</p>	<p>(...) então, eu até tentei ano passado, mas era uma época que não tinha grupo de mulheres, aí eu abri um grupo de acolhimento só para mulheres, mas eu vi que não teve muita adesão, não foi assim tão legal como eu achei que ia ser, e daí não tem mais (...) Aí a gente começou a pensar em atividades mais para mulheres, e daí foi que eu retirei o meu grupo, que eu achei que não tava compensando também, que elas estavam aderindo melhor ao artesanato e das unhas E12.7</p> <p>(...) No grupo de acolhimento eu senti algumas dificuldades, algumas se sentiam inibidas de falarem algumas coisas, como era menor o número de mulheres, elas falavam pouco, na verdade elas tinham medo de se expor, porque o grupo era mais verbal, eu senti essa dificuldade E12.8</p> <p>(...) agora tem atividades que só tem mulheres e são atividades, pelo jeito elas tão assim, se engajando bastante, mas a gente já teve dificuldades aqui quando ficavam na mesma atividade que os homens, era muito difícil, um rolo (...) Assim, ficava uma situação assim, já começou namoro aqui, então criava uma situação, ser era uma moça bonita eles ficavam interessados,</p>

		animados, ficava mais difícil, porque eles ficavam mais agitados E12.9
--	--	---

Fonte: Produção da própria pesquisadora

### 5.3 Apresentação das planilhas relacionadas à observação direta nas oficinas terapêuticas

#### Planilha da Observação 1

<b>OBS1 12/02/2014 (Quarta-Feira) Participantes: 2 usuárias</b> <i>Oficina de trabalhos artesanais</i> <b>Início: 08 hs Término: 10hs 30min</b>		
PRIMEIRAS CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)	UNIDADES DE CONTEXTO
Planejamento e organização da oficina	<p>1- Planejamento das atividades das oficinas junto às usuárias</p> <p>2- Atividade de organização da mesa do café da manhã</p> <p>3- Desenvolvimento da oficina</p> <p>4- Recursos materiais utilizados no trabalho</p>	<p>(...)As alunas de TO são responsáveis pelos grupos de mulheres do CAPS e que estes acontecem sempre às quartas e quintas-feiras pela manhã. Às quartas-feiras elas realizam um grupo de trabalhos artesanais e para isso elas consultam as mulheres algumas semanas antes da atividade buscando identificar aquilo que elas desejam fazer. (...) na semana passada elas terminaram uma atividade com vidro, então uma das usuárias manifestou interesse em realizar “fuxico” de tecido (...) OBS 1.1</p> <p>(...) Antes das atividades do grupo, as mulheres tomam café juntas (...) as alunas de TO auxiliam na montagem da mesa do café da manhã no lado externo da unidade (...) OBS 1.2</p> <p>(...) Enquanto organizávamos a mesa a outra estagiária cortava os moldes dos “fuxicos”(…) A estagiária começa auxiliando a usuária 1 cortando todos os tecidos com os moldes para ela. (...) OBS1.3</p> <p>(...) São distribuídos ao grupo os moldes, tecidos, agulhas, linhas de costura, botões, cola, miçangas e enfeites para a realização da atividade (todos os materiais são fornecidos pela unidade) (...) OBS 1.4</p>

<p>Promoção de espaços de interação entre o profissional e o usuário</p>	<p>5- Promover a interação/integração</p> <p>6- Realizar a escuta qualificada</p> <p>7- Busca ativa de usuárias faltosas na oficina</p> <p>8- Motivar a participação das usuárias nas atividades</p>	<p>(...) Enquanto aguardava o início do grupo, a TO interage com a usuária, focando o diálogo na passagem da semana da usuária, do interesse dela sobre a atividade da semana passada, se apresentou alguma recaída ou dificuldade no decorrer da semana (...), preocupação sobre seus filhos e se teve contato com alguma outra usuária no decorrer da semana (...) Percebe-se uma preocupação da profissional sobre o cotidiano da usuária, identificando os fatores de risco e proteção ao uso de drogas OBS1.5</p> <p>(...) No processo de interação da profissional com a usuária, percebe-se o vínculo entre ambas, considerando que a usuária comunica que gostou da atividade, que enfeitou sua casa com o vidro, que não apresentou recaídas e que não quer mais beber (...) Ela responde que “está limpa” há 1 mês, que está com apenas um dos filhos em casa, que encontrou uma das usuárias durante a semana, e que ela disse que estaria no grupo (...) A Usuária 1 conta que aprendeu a costurar muito jovem e que costurava roupas quando estas rasgavam. Diz que teve uma vida muito difícil e sofrida, e que começou a usar álcool devido às agressões sofridas pelo seu primeiro marido (...) OBS1.6</p> <p>(...) A TO com a lista de presença em mãos, pergunta ao grupo se sabem das outras colegas. Mais uma vez, a Usuária 2 diz que havia encontrado uma delas e que ela disse que estaria presente, porém não sabia o motivo dela não ter comparecido. (...) Então ela se retira do grupo e diz que irá entrar em contato com as faltantes para verificar o motivo do não comparecimento (...) OBS1.7</p> <p>(...) As estagiárias explicam a atividade às usuárias. A Usuária 1 manifesta que não sabe se conseguirá realizar a atividade, pois apresenta dificuldades. A Usuária 2 se propõe a realizá-la. Uma das estagiárias se prontifica a realizar a atividade juntamente com a Usuária 1, e assim ela aceita fazer (...) Ela</p>
--	--	---



		questiona se estão “bonitos” e a usuária concorda. Ela pergunta à mesma se ela sabe costurar. Ela diz que sim. Então a aluna explica o alinhamento que deverá ser realizado (...) As alunas elogiam o “capricho” da mesma com a costura que está sendo realizada, ela abre um sorriso e continua costurando o tecido (...) A atividade segue. A Usuária 2 termina seu “fuxico” e diz que quer fazê-lo de imã para presentear sua filha. Ela diz se sentir satisfeita, quando questionada, em ter aprendido a atividade (...) A Usuária 1 também finaliza a atividade e demonstra grande contentamento, exibindo o trabalho pronto (...) OBS1.8
Apoio no ensino-aprendizado de estagiários	9- Supervisão de estágio	(...) Ao final da atividade, se reúnem para discussão do que foi levantado pelo grupo, as duas estagiárias e a TO (...) Foi sugerida a leitura sobre grau de motivação e intervenção breve para facilitar a condução do grupo. Foi discutida a próxima atividade que será caixa de palitos, onde elas deverão organizar os materiais necessários para este trabalho (...) OBS1.9

Fonte: Produção da própria pesquisadora

## Planilha da Observação 2

OBS2 13/02/2014 (Quinta-Feira) <b>Participantes:</b> 4 usuárias		
<i>Oficina de unhas artísticas</i>		
<b>Início:</b> 10 hs <b>Término:</b> 11hs		
PRIMEIRAS CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)	UNIDADES DE CONTEXTO
Planejamento e organização da oficina	1- Planejamento das atividades das oficinas junto às usuárias  2- Recursos materiais utilizados no trabalho	(...) Antes de iniciar a atividade a técnica de enfermagem (TE) que conduz a atividade abre a Oficina que se localiza na área externa da unidade. Lá ela limpa a mesa e organiza os materiais (...) OBS2.1  (...) e organiza os materiais (esmaltes, lixas, palitos, algodão, acetona e toalha) (...) OBS2.2
Promoção de espaços de interação entre o profissional e o usuário	3- Promover a interação entre o profissional e o usuário  4- Escuta qualificada e aconselhamento  5- Encaminhamento a outro profissional do CAPS AD  6-Promoção de espaço de acolhimento/relacionamento/bem-estar	(...) A coordenadora do grupo pergunta durante a atividade como elas estão se sentindo no dia (...) OBS2.3  (...) Uma delas relata novamente, como na oficina anterior, que está com problemas com o ex-marido e que está sofrendo sem o mesmo. A TE a orienta que ela deve ter paciência e que deve se valorizar (...) OBS2.4  (...) A TE questiona sobre suas passagens com o psicólogo e pede para que após o término do grupo ela se dirija à recepção para agendar novo atendimento. Também pergunta se sua mãe está inserida no grupo de família. Ela diz que não (...) OBS2.5  (...) ela diz que gosta de oferecer essa atividade, pois sente que as usuárias aderem bem, pela sensação de bem-estar, bate-papo e autocuidado que a mesma oferece. Diz ainda que tenta fazer desse um momento de descontração (...) Durante a oficina, observa-se que as usuárias sentem-se livres e à

	<p>7- Motivar a participação das usuárias nas atividades</p> <p>8- Registro no prontuário da participação das usuárias no grupo</p>	<p>vontade, conversam sobre assuntos diversos (...) e lembra mais uma vez que seu grupo tem a função de promover bem-estar às participantes (...) OBS2.6</p> <p>(...) Ao término elas mostram os trabalhos realizados. São então elogiadas pela condutora do grupo (...) OBS2.7</p> <p>(...) Ao final da atividade a TE explica que ela anota nos prontuários de todas as coisas que foram realizadas durante o grupo (...) OBS2.8</p>
--	---	--

Fonte: Produção da própria pesquisadora

### Planilha da Observação 3

<b>OBS3 20/02/2014 (Quinta-Feira)      Participantes: 1 usuária</b> <i>Oficina de unhas artísticas</i> <b>Início: 10 hs    Término: 10 hs 30 min</b>		
PRIMEIRAS CATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO (TEMAS)	UNIDADES DE CONTEXTO
Planejamento e organização da oficina	1- Planejamento das atividades das oficinas junto às usuárias  2- Recursos materiais utilizados no trabalho	(...) Ao chegar à unidade, a técnica de enfermagem já estava com a oficina aberta, e havia 1 usuária aguardando ela terminar de organizar os materiais (...) OBS3.1  (...) organizar os materiais (esmaltes, lixas, palitos, algodão, acetona e toalha). (...) OBS3.2
Promoção de espaços de interação entre o profissional e o usuário	3- Promover a interação entre o profissional e o usuário  4- Escuta qualificada e aconselhamento    5- Registro no prontuário da participação das	(...) A coordenadora do grupo pergunta durante a atividade como ela [usuária] está se sentindo e como foi sua semana (...) OBS3.3  (...) Ela [usuária] diz que está se sentindo bem, e que passou uma semana tranquila, sem vontade de fazer o uso. Conta que está mais “leve” e que sente mais disposição para fazer as coisas. Fala ainda que quer arrumar um emprego logo, pois está fora do mercado de trabalho há alguns meses e que sente falta de poder comprar alguma roupa, maquiagem, entre outros (...) A TE pergunta se ela está entregando currículos. Ela diz que já entregou alguns há algumas semanas, mas que ainda não tinha sido chamada para nenhuma entrevista de emprego. A condutora diz para ela ter paciência e que ela conseguiria. A usuária pede para que caso ela saiba de alguma coisa para avisá-la (...) OBS3.4  (...) Após o término, a coordenadora a se dirige à recepção

	usuárias no grupo	onde pega o prontuário para anotação (...) OBS3.5
--	-------------------	---

Fonte: Produção da própria pesquisadora

#### **5.4 Apresentação das categorias temáticas e suas subcategorias**

A partir das entrevistas realizadas, codificadas e categorizadas, foram encontrados temas convergentes e divergentes que possibilitaram o surgimento de três grandes categorias temáticas e suas respectivas subcategorias, conforme o Quadro 3.

De acordo com os objetivos propostos no estudo, as categorias apontaram as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial–Álcool e outras Drogas.

A seguir, serão citadas e numeradas de 1 a 3 as Categorias Temáticas, as quais estão em negrito e letra em caixa alta. As suas respectivas subcategorias estão em negrito, formato itálico, acompanhadas pelas entrevistas que as ilustram.

**Quadro 3- Apresentação das categorias temáticas e suas respectivas subcategorias**

<b>CATEGORIAS TEMÁTICAS E SUAS SUBCATEGORIAS</b>	
<b>CATEGORIAS TEMÁTICAS</b>	<b>SUBCATEGORIAS</b>
<b>CATEGORIA TEMÁTICA 1: DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO ASSISTENCIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>a) Acolhimento e escuta qualificada</i></li> <li><i>b) Realização de grupos e oficinas terapêuticas</i></li> <li><i>c) Atendimento individual e familiar</i></li> <li><i>d) Visita domiciliar e busca ativa</i></li> <li><i>e) Atendimento clínico e psiquiátrico</i></li> <li><i>f) Terapia farmacológica</i></li> <li><i>g) Promoção de espaço para trocas</i></li> </ul>
<b>CATEGORIA TEMÁTICA 2: DESENVOLVIMENTO DE TRABALHO ADMINISTRATIVO E EDUCACIONAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>a) Organização do trabalho administrativo e da equipe</i></li> </ul>
<b>CATEGORIA TEMÁTICA 3: DIFICULDADES NO COTIDIANO DO TRABALHO COM AS USUÁRIAS MULHERES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><i>a) Baixa demanda e adesão das mulheres ao tratamento</i></li> <li><i>b) Falta de recursos humanos e estrutura física no serviço</i></li> <li><i>c) Dificuldades na estrutura e articulação da rede de saúde mental e de apoio às mulheres usuárias</i></li> <li><i>d) Dificuldades no tratamento conjunto entre homens e mulheres no CAPS AD</i></li> <li><i>e) Falta de suporte social e familiar às mulheres</i></li> <li><i>f) Profissionais de saúde não desenvolvem atividades específicas com mulheres</i></li> </ul>

Fonte: Produção da própria pesquisadora

### **5.4.1 Categoria Temática 1: Desenvolvimento de trabalho assistencial**

A equipe de saúde do CAPS AD identificou algumas atividades e intervenções que abrangem a dimensão cuidadora às mulheres que buscam ajuda neste serviço público. Para os trabalhadores de saúde, o processo de acolhimento, em que está incluída a escuta qualificada, consistiu em uma das primeiras abordagens no âmbito do cuidado. As atividades grupais e oficinas terapêuticas foram consideradas intervenções importantes para promoção de espaços relacionais entre usuárias-profissionais de saúde-família no cotidiano do trabalho.

O desenvolvimento do trabalho assistencial da equipe de saúde também envolveu o atendimento individual da usuária de drogas e de seus familiares, através de grupos de família. A visita domiciliar e a busca ativa consistiram em recursos para monitoramento da rede de suporte e apoio social das usuárias e possibilitar um diagnóstico situacional de seu contexto social. Para a equipe médica do CAPS AD, as consultas clínicas e psiquiátricas auxiliaram no direcionamento do planejamento do projeto terapêutico singular da usuária, através da psicoeducação, terapêutica medicamentosa, orientação para a inserção das usuárias em atividades desenvolvidas no serviço de saúde. Os trabalhadores de saúde são promotores de espaços sociais e terapêuticos, buscando motivar a usuária ao tratamento e, conseqüentemente, auxiliá-las para adesão terapêutica.

#### **5.4.1.1 Subcategorias**

##### ***a) Acolhimento e escuta qualificada***

A maioria dos entrevistados reconheceu o acolhimento e escuta qualificada como atividades primordiais para recepcionar as mulheres usuárias de substâncias psicoativas, no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde do CAPS AD, considerando a dificuldade delas em buscar ajuda no serviço. Acolher e escutar a pessoa que busca ajuda constitui em uma ação terapêutica e, portanto, possibilita criar um momento e espaço singular para o processo relacional entre a usuária, família e profissional de saúde. Porém, deve-se atentar para que tal ato não se limite a um processo de triagem, em que o profissional busca apenas colher dados sobre o



problema, decidindo-se se a usuária será ou não encaminhada ao médico psiquiatra e clínico, não se preocupando em apreender as suas necessidades e demandas, se apropriando de suas histórias de vida e de suas relações familiares. Além disso, é importante que o acolhimento possibilite a criação de vínculo, responsabilização dos trabalhadores pela usuária atendida e resolubilidade dos problemas e necessidades advindos.

Tanto nos depoimentos dos trabalhadores de saúde do CAPS AD como na observação de campo, percebeu-se um predomínio da concepção do acolhimento como diretriz operacional, o qual propõe a organização do trabalho centrado na usuária e na valorização da relação entre ela e o profissional de saúde. Apreendeu-se, também, que o acolhimento consiste em um momento oportuno para a escuta qualificada, possibilita apreender as necessidades das mulheres usuárias de drogas e, com elas, refletir e planejar o cuidado. É neste momento, que a usuária pode demonstrar o sofrimento psíquico e o trabalhador necessita ser e estar sensível e perspicaz para captar as emoções advindas. Segundo Andrade, Sousa e Quinderé (2013), durante o acolhimento no CAPS AD, é relevante avaliar os riscos e a vulnerabilidade dos usuários de substâncias psicoativas, pois denota que o profissional está atento ao sofrimento físico, psíquico e social desta população específica que busca o serviço, facilitando inclusive a construção de vínculo e adesão ao tratamento.

*“(...) o paciente vem, a gente faz o acolhimento (...) a gente ouve muito, somos bons ouvintes, quando possível, a gente mais ouve” (Tulipa)*

*“(...) Eu escuto, nós pensamos juntos sobre aquilo que eu escutei” (Camélia)*

*“(...) eu faço acolhimentos” (Lavanda)*

*“(...) terça eu também faço acolhimento (...) quinta acolhimento” (Margarida)*

*“(...) Para a gente escutar mesmo, eu acho que é mais escuta (...) Uma das coisas que a gente faz muito com as mulheres, é sim, assim, a escuta, porque para elas chegarem já é difícil né?” (Rosa)*

*“(...) profissional técnico do serviço, eu sou incumbido assim como os demais profissionais de fazer o acolhimento dos pacientes que chegam com demanda de*

*álcool e drogas (...) além disso, faço atendimento psicológico individualizado (...) Em relação às mulheres, basicamente o meu envolvimento é com o acolhimento”*  
**(Antúrio)**

*“(...) Mulheres, eu só faço acolhimento, só quando eu estou de plantão no acolhimento”* **(Gérbera)**

*“(...) faço tanto a parte de enfermagem quanto a parte de acolhimento, porta de entrada, ajudo o pessoal na recepção (...) Mas é, mas o meu trabalho aqui é mais o acolhimento, e voltado para a enfermagem mesmo (...) Mas no acolhimento você trabalha com elas? Sim, no acolhimento é assim no geral, tanto masculino, como feminino quanto adolescentes tá? (...) muitas vezes durante os acolhimento que eu faço, elas sentem até aquele medo (...) muitas vezes, a gente faz acolhimento com mulheres que sofreram violência (...) às vezes, moradora de rua mesmo, são agredidas e tudo mais, a gente procura “tar” atendendo aqui, entendeu”*  
**(Hortênsia)**

O acolhimento pode ser entendido não só como uma etapa de reorganização dos serviços de saúde, em que se inclui também a triagem, ou seja, se a usuária deve ou não ser atendida. Acolher ultrapassa inclusive a coleta de informações para se buscar uma decisão de uma modalidade terapêutica ou planejamento de cuidados à usuária de drogas. O acolhimento consiste em uma ação que ocorre em todos os espaços do serviço de saúde, pois envolve processo de relações entre trabalhador(a) e usuária (BRASIL, 2010). A literatura salienta que o acolhimento possui como características a humanização do cuidado através da escuta qualificada e garantia do acesso universal a todos os cidadãos que buscam o serviço de saúde; é também compreendido como reorganização dos processos de trabalho, ao permitir que uma equipe multiprofissional o realize e não se restrinja somente à figura do médico, assim como qualificar a relação entre usuário-profissional, por meio da humanização na assistência prestada (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). O momento interacional no acolhimento, durante o processo de trabalho entre profissional de saúde, usuária e seus familiares, constitui em uma ação com intencionalidade, não se restringindo à ação pragmática, repetitiva e sem reflexão crítica. Esse

processo relacional deve ser refletido e avaliado de maneira crítica por todos, buscando uma ação resolutiva. Considerando-se o referencial de Heller (1972; 1987), infere-se que para alguns trabalhadores de saúde do CAPS AD, ao realizarem o acolhimento, talvez se torne uma atividade já incorporada ao dia a dia do serviço, podendo tornar-se “naturalizada”, pragmática e alienante. Para outros, há uma percepção crítica e reflexiva de suas ações, pois há uma preocupação em buscar conhecimento na literatura científica.

O acolhimento e a escuta qualificada são considerados como formas inovadoras de cuidado e são tecnologias leves<sup>6</sup> em saúde, pois envolvem processos relacionais que promovem produção de vínculo entre trabalhadores de saúde, usuários e seus familiares, autonomia e exercício de cidadania do usuário do serviço de saúde, bem como resolução de problemas advindos dos usuários (MERHY, 1997). O acolhimento faz parte da Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde e deve garantir o acesso universal a todas as pessoas. Esse dispositivo está intimamente articulado ao processo de escuta dos problemas e necessidades de saúde dos usuários e possibilita compreender o sofrimento psíquico da pessoa e de seu núcleo familiar. O ato de acolher o usuário e seus familiares busca garantir efetivamente a resolutividade dos seus problemas e proporcionar a ampliação da capacidade da equipe em responder às demandas dos usuários (BRASIL, 2010).

Atualmente, os serviços de saúde mental pretendem obter uma relação entre serviço, usuário e profissional fundamentada nos princípios do SUS, ou seja, de maneira universal, integral, humanizada e resolutiva, na qual o acolhimento como processo de trabalho resgate a subjetividade e as necessidades do usuário. Nesses serviços a escuta é essencial, pois o usuário, através da fala, cotidianamente, demonstra à equipe aquilo que desencadeia o seu sofrimento, quais suas necessidades e sua história de vida, e para o usuário significa a possibilidade de resolução de seus problemas, respeito, confiança, entre outras demandas (MAYNART et al., 2014).

A escuta pode ser considerada como “premissa” da assistência nos CAPSs,

---

<sup>6</sup> As tecnologias leves podem ser definidas como “tecnologias de ação mais estratégicas, que se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades” (MERHY; CHAKKOURI., 1997, p.120).

portanto, ela se torna indispensável, pois possibilita uma relação de proximidade entre usuário e profissional (COIMBRA, 2003).

Observou-se que grande parte dos profissionais possuiu como atividade com mulheres apenas o acolhimento, e que as outras atividades voltadas a este público foram realizadas por profissionais do sexo feminino. O atendimento por profissionais do gênero feminino pode facilitar a criação de vínculo com as usuárias, melhorar a adesão ao tratamento, considerando que esse grupo específico vivencia situações de preconceito e estigma pela sociedade, principalmente do gênero masculino, bem como está mais vulnerável às formas de violências física, psicológica e sexual pelos maridos ou companheiros que, geralmente, também são usuários de substâncias psicoativas.

A literatura ressalta que a atitude de respeito dos profissionais de saúde e os ambientes terapêuticos acolhedores favorecem o acesso das usuárias de drogas ao serviço de saúde para tratamento e, conseqüentemente, a adesão à terapia (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005).

De acordo com Bordin et al. (2010), uma equipe composta por profissionais do sexo feminino pode ser mais atrativa e facilitar a adesão das usuárias ao tratamento. Segundo Nóbrega e Oliveira (2005), as mulheres usuárias de drogas de um serviço de saúde ambulatorial o avaliaram positivamente, por contarem com atendimento em grupo, sob a coordenação de uma profissional do gênero feminino. O estudo também salientou que a existência de tratamentos oferecidos separadamente aos usuários homens e às mulheres obtém melhores resultados, sendo a justificativa de que, quando oferecidos conjuntamente, os interesses dos homens predominam sobre os das mulheres, especialmente quando elas são em menor número, como é o caso da dependência química.

#### ***b) Realização de grupos e oficinas terapêuticas***

No cotidiano do trabalho dos profissionais, diversas atividades são realizadas com os usuários de álcool e outras drogas que corroboraram a Portaria 336/02 do Ministério da Saúde, pois envolveram o atendimento individual (acolhimento, atendimento às famílias, psicoterapia,

atividade de orientações), atendimento de grupos (psicoterapia em grupo ou grupos terapêuticos para usuários de múltiplas drogas ou de álcool, para usuários em abstinência, grupos de familiares de usuários internados e os de não internados, grupos de atividade de lazer, de prevenção de recaída, grupos de acolhimento, assembleias de familiares e de usuários) e oficinas terapêuticas (atividades terapêuticas socioculturais, educação em saúde, unhas artísticas e mosaico). Porém, algumas dessas atividades grupais e oficinas terapêuticas são realizadas somente com usuáries de drogas ou com usuários do gênero masculino e feminino em conjunto.

O grupo de acolhimento na unidade em questão foi desenvolvido na tentativa de diminuir a evasão dos usuários e usuáries do serviço. Para que estes possam frequentar as atividades na unidade, faz-se necessário participar três vezes deste grupo.

O grupo de acolhimento é um espaço central que proporciona ao usuário e à usuária conhecer o serviço, os profissionais atuantes, os grupos e oficinas terapêuticas oferecidas, as normas e regras do local, os horários de funcionamento, entre outros, favorecendo ao usuário e usuária serem participantes ativos dos seus próprios planos de tratamento (GRECO, 2009).

O desenvolvimento do grupo de Prevenção de Recaída é um grupo voltado para o gênero feminino que tem a função de prevenir recaídas, através das intervenções do Programa de Prevenção de Recaída (PPR).

A prevenção de recaída é um programa muito utilizado pelos profissionais do CAPS AD. Este programa consiste em um conjunto de técnicas preventivas ou de automanejo na ocorrência do lapso e recaída<sup>7</sup> utilizadas pelo usuário de drogas, durante a fase de manutenção do processo de mudança de hábito. O PPR inclui estratégias de reconhecimento e identificação de crenças e comportamentos facilitadores para a mudança de hábito de vida e aprendizado de estratégias de enfrentamento de situações de risco que levam o indivíduo ao lapso ou à recaída (MARLATT; DONOVAN, 2009; ROMANINI; DIAS; PEREIRA, 2010).

---

<sup>7</sup> A recaída é compreendida como processo complexo, dinâmico, imprevisível, em que há regresso ao uso continuado de drogas ilícitas ou lícitas, que nem sempre é igual ao padrão de uso anterior à abstinência. Outro entendimento da recaída também está relacionado ao aparecimento de indicadores de padrão de comportamento-problema anterior (“recaída seca”), sem necessariamente fazer uso da droga ou quando há um lapso (“deslize”, em que a pessoa faz uso inicial da droga) (MARLATT; DONOVAN, 2009).

A prevenção de recaídas é uma abordagem baseada na terapia cognitivo-comportamental que tem como objetivo ensinar ao dependente de drogas, que está tentando a mudança do seu estilo de vida e do comportamento, a como antecipar as situações de risco para o lapso ou recaída, procurando meios para lidar e enfrentar tais problemas, desenvolvendo as habilidades de enfrentamento, controle e autoeficácia (MARLATT; DONOVAN, 2009; ROMANINI; DIAS; PEREIRA, 2010).

*“(...) faço grupo com famílias, é, grupo de prevenção de recaídas” (Antúrio)*

*“(...) E no de quinta a gente trabalha o Plano de Prevenção de Recaídas (PPR), então assim, qual o grau de intervenção realmente para eles pararem de usar drogas, quais são as estratégias, o que leva ao risco, então assim, o que é fator de risco, o que é fator de proteção, quais são as estratégias para lidar com fatores de risco, a gente tem a programação de alguns encontros que a gente trabalha o esclarecimento delas para enfrentar o uso, vontade e fissura de drogas, a gente tem que trabalhar o que elas vão fazer efetivamente para conseguir falar ‘não’ ao uso da substância né, então a gente trabalha com todas essas questões, mais isso né?” (Girassol)*

As oficinas de trabalho artesanal eram realizadas com as usuárias, e elas confeccionavam trabalhos em tecido, mosaicos, madeira entre outros.

Outra atividade grupal desenvolvida com as mulheres usuárias consistiu na oficina de unhas artísticas, que tinha como objetivo promover um momento de bem-estar e autocuidado delas, através da atividade de manicure. Porém, esta oficina também proporcionava momentos de integração e interação entre usuárias-usuárias e usuárias-profissional da saúde, como também espaço para trocas de experiência e resgate de situações vivenciadas durante a semana e finais de semana que indicassem fatores de risco ou de proteção.

A oficina de culinária também desenvolvida no CAPS AD tinha como objetivo promover um momento de ensino e aprendizado no sentido de divisão de tarefas,

responsabilidade e comprometimento através da atividade gastronômica. Apesar de ser uma oficina destinada também às mulheres, não havia participação de nenhuma no momento da pesquisa.

Outro grupo muito importante consistiu no grupo de familiares, o qual se propunha a reunir os familiares dos usuários e usuárias do serviço para conversarem sobre as dificuldades e acompanhar o tratamento. Ressalta-se que existem dois grupos, sendo um com familiares de usuários internados e outro de usuários não internados.

No CAPS AD também eram realizados os grupos de abstinentes de álcool, os quais eram direcionados somente para os usuários homens. O enfoque era na mudança da rotina e hábito de vida diária destes pacientes, através do uso de técnicas cognitivo-comportamentais.

*“(...) Também faço um trabalho de grupo, quero começar o de mulheres, o grupo tem, usa técnicas cognitivo-comportamental para trabalhar a questão da mudança de rotina para esses paciente” (Lírio)*

Outra atividade grupal terapêutica consistiu no Grupo de Múltiplas Drogas, também restrito aos homens usuários, em que se trabalha a mudança na rotina e hábito de vida dos pacientes, identificação de fatores de risco e proteção, também através do uso de técnicas cognitivo-comportamentais.

Observou-se que a terapia cognitivo-comportamental é muito utilizada no tratamento da dependência química, pois consegue junto ao usuário e usuária mapear quais as situações que os colocam em risco para o uso de álcool e outras drogas, conscientizando-os a evitar ou enfrentar tais situações.

A terapia cognitivo-comportamental é um método utilizado para reestruturar as cognições que se encontram disfuncionais e proporcionar flexibilidade na avaliação de situações específicas. O modelo cognitivo propõe que o pensamento do usuário necessita ser avaliado de modo realista, pois somente dessa forma se obtém melhora emocional e comportamental. Ela visa

à resolução de problemas focais através do trabalho com as crenças que o usuário possui sobre si mesmo (BECK, 2013).

Durante o período das observações e das entrevistas, percebeu-se que os diversos profissionais atuantes na unidade realizavam atividades diversificadas e com grupos de gênero, ou seja, uns atuavam mais com população masculina ou feminina, outros trabalhavam com família e a maioria deles realizava/coordenava o grupo de acolhimento.

*“(...) grupo terapêutico, grupo de atividade, grupo de acolhimento” (Gérbera)*

*“(...) Cotidiano... hum..., assim, cada dia é uma atividade, eu faço oficinas, eu faço grupo de família” (Lavanda)*

*“(...) Segunda eu tenho grupo de acolhimento, que é um espaço para troca de experiência e reflexão, grupo de familiares (...) quinta (...) grupo de abstinentes” (Margarida)*

Observou-se que a maioria dos profissionais estava desenvolvendo mais atividades voltadas à população masculina, enquanto apenas duas profissionais dos doze entrevistados possuíam atividades voltadas para a população feminina.

Os trabalhadores do CAPS AD proporcionavam aos usuários homens diversas atividades, tais como oficinas de trabalho artesanal, oficina culinária, grupo de abstinentes e de múltiplas drogas. Os pacientes do gênero masculino tinham ainda a possibilidade de permanecer meio período do dia ou o dia todo na unidade, participando nas atividades e grupos, o que não ocorria com as usuárias mulheres.

*“(...) depois que a gente volta, a gente faz uma oficina manual. No momento a gente está fazendo uma oficina de mosaico (...) Na quinta-feira eu tenho, é, a oficina de mosaico que a gente tá fazendo, né, 2 vezes por semana, e tenho também, faço a horta com os pacientes intensivos (...) e a cada 15 dias eu tenho o grupo de família, para familiares que têm ou não pacientes internados (...) Na segunda-feira de manhã eu tenho, faço uma atividade com os pacientes na*



*Fundação<sup>8</sup>, pois lá tem um campo né, onde o pessoal caminha, faz atividade física, a gente sobe até lá, faz alongamento (...) a gente faz um alongamento no coberto e em seguida uma roda de conversa (Girassol)*

*“(...) também dentro dos grupos, a gente tem os grupos, mas hoje, hoje mais voltado para o acolhimento. Nos grupos, eu “tô” fazendo aquela saúde e educação em saúde, tá, eu tinha começado logo que eu cheguei, aí dei uma parada agora “ (Hortênsia)*

*“(...) oficinas terapêuticas como você participou da última, grupo de alcoolista (...) Faço o grupo de mulheres e homens, de mulheres é que eu levo para as unhas artísticas, de homens é de abstinentes” (Tulipa)*

Apesar de citada pela entrevistada Girassol, a oficina de horta e as atividades de alongamento e caminhada realizadas na Fundação, ambas são direcionadas somente para os usuários homens que frequentam a unidade.

As atividades de oficinas realizadas com as mulheres eram apenas três no momento da pesquisa, concentradas apenas em dois dias da semana (quartas e quintas-feiras) no período da manhã. A oficina de trabalhos artesanais era realizada às quartas-feiras, coordenada pela terapeuta ocupacional (TO) e conduzida pelas estagiárias do curso de Terapia Ocupacional. As quintas-feiras eram destinadas ao Grupo de Prevenção de Recaídas, também coordenado pela TO e conduzido pelas estagiárias, como também o de unhas artísticas, coordenado pela auxiliar de enfermagem.

Na condução dos grupos, as coordenadoras se preocupavam com todo o planejamento da atividade. Elas organizavam as atividades com aproximadamente uma semana de antecedência, buscando assuntos e temas relevantes a serem discutidos no grupo. A preparação das atividades baseava-se na observação e percepção das coordenadoras, durante a realização do

---

<sup>8</sup> Trata-se de uma Fundação Educacional localizada em dois pontos estratégicos do município em estudo, que tem como missão promover a educação de jovens e adultos. A Fundação possui cursos profissionalizantes, parcerias com Universidades, programas de estágio e espaço para a prática de atividades físicas.

grupo no dia precedente da respectiva atividade e de acordo com a demanda das usuárias mulheres. Por exemplo, durante uma das observações em campo, uma das mulheres sugeriu que na próxima semana fosse realizada, na oficina de trabalhos artesanais, uma atividade com palitos de madeira. Como eram as alunas que estavam conduzindo o grupo, elas discutiram com a TO responsável e pesquisaram sobre a atividade.

Outra preocupação das responsáveis pela condução do grupo, referente ao planejamento e realização da atividade, consistiu na providência de materiais e organização prévia do ambiente, com o objetivo de torná-lo mais acolhedor, através da disposição das mesas e cadeiras, de maneira a ficarem mais próximas e que todos os membros do grupo pudessem ver e serem vistos. Os materiais eram separados antecipadamente e quando os grupos eram realizados no primeiro período da manhã, havia ainda a preparação da mesa para o café da manhã.

Os grupos e oficinas terapêuticas têm a finalidade de auxiliar o usuário e a usuárias na dimensão educativa, informativa, produtiva e principalmente terapêutica. Os usuários utilizam esses espaços para exporem questões aos participantes do grupo, com o propósito de que os auxiliem a refletir e encontrar suporte para o seu tratamento e, ainda, possibilite que o indivíduo se perceba como ser social (BOURGUIGNON; GUIMARÃES; SIQUEIRA, 2010).

### ***c) Atendimento individual e familiar***

Alguns profissionais entrevistados citaram o atendimento individual e familiar como parte de seu dia a dia de trabalho no CAPS AD, sendo que o atendimento familiar geralmente foi desenvolvido através de grupos de familiares.

Quanto aos atendimentos individuais, observou-se que apenas um entrevistado citou esta atividade, apesar de ser realizada por outros profissionais como, por exemplo, no acolhimento, nas consultas clínicas e psiquiátricas, entre outras. De acordo com Nóbrega e Oliveira (2005), o atendimento individual é uma prática terapêutica que possibilita um contato mais direcionado com a usuária. O referido estudo demonstra também que o atendimento

diferenciado em termos de gênero, que atenda às necessidades das mulheres usuárias, garante maior eficácia no tratamento.

*“(...)faço atendimentos individuais” (Gérbera)*

O grupo de familiares no CAPS AD em estudo é realizado pela psicóloga e pela terapeuta ocupacional, quinzenalmente, e tem por objetivo reunir os familiares dos usuários para conversarem sobre as dificuldades, bem como acompanhar o tratamento. Como salientado anteriormente, existem dois grupos, sendo um com familiares de usuários internados e outro de usuários não internados.

Os grupos com familiares consistem em espaços que permitem à família dos usuários em tratamento compartilharem suas experiências, suas histórias de vida, suas estratégias de enfrentamento diante da problemática das drogas, seus anseios, dificuldades nas relações intrafamiliares e com os usuários de drogas, desmitificar crenças, esclarecer dúvidas sobre a sintomatologia e os danos causados pelas drogas, minimizar a sensação de sobrecarga física e psíquica, entre outros. As reflexões que surgem nesses grupos promovem ressonâncias nos participantes e possibilitam que haja identificação de algumas situações comuns ou não entre os membros familiares, desencadeando acolhimento, processo de psicoeducação tanto pelos familiares quanto pelos condutores do grupo. Esse espaço é fundamental para a recuperação da usuária e usuário, pois a família pode encontrar suporte emocional para ela mesma e desempenhar um apoio social ao dependente químico, tornando-se cenário protetor para ele, engajando-se, participando do projeto terapêutico dele e colaborando para a sua melhor adesão terapêutica.

Estudo realizado com grupo de familiares de um CAPS AD apontou que os familiares se sentiram mais seguros no modo de agir com o dependente químico; aprenderam a estabelecer limites e encontraram estratégias que ajudassem o usuário a tornar-se responsável pelo seu próprio tratamento. O grupo tornou-se um suporte inerente tanto para os familiares como para os usuários (DIOTTI, 2011).

*“(...) Hã..., atendo famílias, atendo usuários né? Faço assembleias (...) converso com uma família que precisa de orientação” (Rosa)*

Essa abordagem com os familiares é muito importante, pois auxilia o usuário de drogas na criação de estratégias e habilidades necessárias para enfrentamento das situações que o expõe em risco, focando no modo de agir, no estabelecimento de limites entre outros, compreendendo-se que o usuário é responsável e participante pelo seu próprio tratamento (DIOTTI, 2011).

Estudo desenvolvido em CAPS II do Rio Grande do Sul, que buscou identificar as ações de saúde mental desenvolvidas com família dos usuários, demonstrou que uma das estratégias mais citadas pelos profissionais foi o grupo de família (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

Historicamente a doença mental, como a problemática de álcool e outras drogas, foi e tem sido permeada pelo estigma e preconceito, discriminação e atitudes estigmatizantes em relação às pessoas com transtorno mental e usuárias de drogas, desencadeando a segregação social destas populações específicas. Tais fatos provocam ressonâncias também no âmbito familiar destes usuários, tornando-se um grande desafio para seus membros, pois requer deles estratégias de enfrentamento contra crenças e valores construídos social e historicamente sobre tais temáticas. Além disso, essas situações promovem a emergência de sentimentos diversos, como culpa, tristeza, dúvidas, frustrações, anseios, entre outros, aos familiares, requerendo dos profissionais de saúde todo um trabalho de sensibilização da sociedade e da família. Tal ação busca desmitificar o rótulo de “louco perigoso” e “dependente químico vagabundo”, como também (re)construir a imagem desta pessoa, de forma a vê-la com capacidades e potencialidades, promovendo a convivência com a diversidade.

Os CAPSs AD são dispositivos substitutivos aos hospitais psiquiátricos e clínicas de dependência química, onde o usuário não é isolado de seus familiares e da comunidade, e promovem o envolvimento da família no atendimento com a devida atenção necessária.

A família tem fundamental importância no tratamento do indivíduo, pois é considerada base e alicerce para prevenção de lapsos e recaídas, além de cenário de proteção para o tratamento. Apesar de imprescindível, percebeu-se que apenas dois profissionais citaram o atendimento familiar dentro de sua prática profissional no CAPS AD e, com base nas observações realizadas, não houve presença de familiares das mulheres nos grupos, durante a realização da pesquisa.

A literatura salienta que, para que a participação da família no serviço de saúde seja efetiva, ela necessita demonstrar interesse em participar e é fundamental a existência do vínculo entre profissionais e família, comunidade e usuário. O vínculo proporciona uma relação de compromisso e uma convivência de responsabilidade, comprometimento e sinceridade (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

O grupo com famílias é um momento de interação e troca de vivências e experiências entre profissionais e membros familiares e entre os próprios membros da família. Neste espaço terapêutico, torna-se imprescindível que o profissional de saúde oriente e motive o familiar a participar do processo de tratamento e fortaleça o vínculo entre o serviço-família-usuário (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008).

De acordo com o Programa de Assistência ao Dependente Químico e Familiares da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, o sucesso na terapia de alguns pacientes está relacionado ao apoio e incentivo ao tratamento recebido por eles pelos seus familiares, reforçando-se o entendimento de que a participação da família, durante o tratamento, é fundamental para o sucesso do mesmo (VIEIRA, 2005).

A literatura salienta que “trabalhar no CAPS requer dos profissionais habilidade e motivação para construir trocas de conhecimentos teóricos e práticos entre a equipe, assim como compreender e acolher a vivência dos familiares e usuários” (SCHRANK; OLSCHOWSKY, 2008, p.131).

As mulheres usuárias de álcool e outras drogas geralmente comparecem ao serviço de saúde desacompanhadas de familiares ou esposos. Além disso, há a solicitação por parte das

mesmas de que estes não saibam de sua busca pelo tratamento, devido aos sentimentos de vergonha e fracasso (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005), o que vem ao encontro das observações no campo empírico desta pesquisa.

#### ***d) Visita domiciliar e busca ativa***

A visita domiciliar (VD) está presente no dia a dia de trabalho da equipe do CAPS AD, sendo citada por dois profissionais.

A visita proporciona ao profissional acompanhar a rede social<sup>9</sup> do usuário e realizar um diagnóstico situacional do contexto em que ele e sua família vivem, auxiliando-os de maneira educativa e dando continuidade à assistência prestada no CAPS AD. Através da VD, por exemplo, o profissional do serviço também pode verificar se o tratamento está sendo realizado corretamente, se a família possui vínculos fortes o suficiente para auxiliar o usuário. Portanto, a VD deve ser um recurso estratégico para o cuidado e tratamento, sistemático e contínuo, para a continuidade do cuidado e a aproximação do profissional com o usuário e seus familiares, para além das estruturas físicas da unidade (ANTUNES, et al., 2012).

*“(...) visitas domiciliares” (Antúrio)*

*“(...) Visitas né? Visita domiciliar” (Gérbera)*

As visitas domiciliares são dispositivos utilizados pelas equipes de saúde com a finalidade de assistir o indivíduo e sua família na dimensão assistencial e educativa em *locus*, diagnosticando, avaliando também as suas condições socioeconômicas e possibilitando elaborar uma assistência específica a cada caso (KAWAMOTO; SANTOS; MATOS, 1995).

A busca ativa é uma estratégia muito utilizada pelas equipes de saúde, com objetivo de procurar os indivíduos que estão sob seus cuidados e que, por algum motivo, deixam

---

<sup>9</sup> A rede social consiste em um conjunto de recursos institucionais associados às pessoas, que são conectadas por relações, com um objetivo em comum. Exemplos de redes sociais são as vizinhanças e as organizações religiosas. Diversas são as dimensões que compõem as redes sociais, entre elas, tamanho, densidade, integração dos contatos, entre outras (BOWLING, 2003; BULLOCK, 2004).

de frequentar a unidade e, portanto, as atividades do serviço. Os trabalhadores de saúde e saúde mental, ao realizarem a busca ativa, tentam sensibilizar os usuários para que estes retornem às suas atividades na unidade e ao tratamento. Geralmente a busca ativa é realizada primeiramente pelo contato telefônico e, caso não obtenha sucesso, realiza-se visita domiciliar.

No CAPS AD em estudo, alguns profissionais realizam a busca ativa pelo telefone e depois providenciam a visita domiciliar. Em relação às mulheres usuárias de substâncias psicoativas, dificilmente eram feitas as visitas domiciliares, considerando-se que as atividades para este grupo específico eram realizadas por duas profissionais do gênero feminino e as mesmas não possuíam agenda para visita domiciliar. As visitas também ficavam restritas a dois profissionais de saúde que dividiam essa tarefa com as outras atividades desenvolvidas na unidade, desencadeando uma redução de tempo e frequência com que elas eram efetuadas.

No período da pesquisa, não foi observada nenhuma visita domiciliar às mulheres, porém a busca ativa era realizada através do contato telefônico pela terapeuta ocupacional do local. Durante as ligações telefônicas, esta profissional sempre questionava a usuária sobre o motivo de sua ausência, mencionando que a mesma havia feito falta no grupo, mas que a esperava para as próximas atividades. Ela ainda se colocava à disposição para auxílio e ajuda, caso fosse necessário.

*“(...) a gente tem pensado, tem que pensar é, como a gente pode trazê-las, eu acho que a gente tá sendo ineficaz ainda na questão da busca” (Rosa)*

*“(...) faço, desse horário livre, um espaço para busca ativa de pacientes” (Margarida)*

Percebe-se pelas falas das profissionais de saúde do CAPS AD o quanto elas valorizam e dão importância a esta estratégia. Há um processo de questionamento e reflexão sobre a ausência das usuárias mulheres deste serviço e ao mesmo tempo sobre a eficácia desta ação. Apropriando-se dos constructos teóricos de Heller (1972; 1987), nota-se que as profissionais de saúde, de uma maneira muito tímida ainda, questionam sobre o seu próprio

trabalho. Portanto, é através dele que elas se identificam como sujeitos capazes de refletirem, criarem, utilizarem suas capacidades intelectuais e modificarem o contexto social em que estão inseridas. Compreende-se que a ação prática utilitária da vida cotidiana cria o pensamento comum, em que há captação do que é familiar e superficial das coisas, o que leva ao desconhecimento da essência do mundo real. Assim, as trabalhadoras, ao refletirem sobre a ineficácia de suas ações na busca ativa, buscam timidamente um processo reflexivo inicial para romper a cotidianidade do trabalho.

#### *e) Atendimento clínico e psiquiátrico*

Os atendimentos clínicos e psiquiátricos realizados no CAPS AD, de acordo com o que é preconizado pela Portaria GM 336/2002, devem incluir atividades de âmbito individual, grupal, atendimentos em oficinas terapêuticas, atendimento à família, entre outros. Porém o CAPS AD em estudo atende em parte o que é preconizado pela Portaria. Durante o período das observações, foi constatado que apenas um dos profissionais médicos realizava grupo com os usuários (grupo de homens abstinentes) e nenhum deles realizava atendimento com famílias. Porém o número de profissionais estava adequado de acordo com a Portaria.

Em uma das falas, o entrevistado cita que realiza consultas médicas, consultas individuais, e o outro cita que atende clinicamente, ou seja, no âmbito da clínica geral.

*“(...) São... consultas médicas, consultas individuais” (Camélia)*

*“(...) Atendo clínica médica às terças, quintas e sextas (...)Atendo clinicamente” (Dália)*

Durante a observação em campo empírico, os atendimentos com objetivo de consultas clínicas e psiquiátricas foram realizados pelos médicos. As consultas focaram propedêutica, avaliação clínica e psiquiátrica, análise e evolução do quadro clínico do usuário e usuária, avaliação do tratamento, orientações em psicoeducação, encaminhamento para inserção em atividades terapêuticas, procedimentos terapêuticos, como por exemplo: inserção em grupos terapêuticos, orientações psicoeducacionais sobre malefícios do uso de álcool e drogas, contexto



familiar e social, mercado de trabalho, prescrição de medicamentos alopáticos e homeopáticos, além dos atendimentos grupais, como o grupo de homens abstinentes coordenado pela psiquiatra do serviço.

*“(...) As intervenções são as orientações, né (...) mais isso é em último caso, é mais orientações mesmo” (Tulipa)*

*“(...) Mas na medida do que eu posso, eu oriento e até incentivo assim, eu peço para que elas venham, para “tar” participando dos grupos, principalmente as mulheres, que a gente vê que é uma parte mais vulnerável e, pela maneira com que elas procuram, aqui, muitas vezes elas chegam a depender, devido a uma violência tá?” (Hortênsia)*

Observou-se que a equipe de saúde do CAPS AD, durante os atendimentos e no dia a dia do trabalho, preocupava-se com as orientações e o incentivo aos usuários para participarem das atividades de grupos e oficinas ofertadas pelo serviço.

#### ***f) Terapêutica farmacológica***

Conforme os relatos dos entrevistados e as observações do campo empírico, grande parte dos usuários atendidos e acompanhados pelo CAPS AD faz uso de medicações alopáticas e homeopáticas no tratamento da dependência química, com os outros recursos oferecidos (grupos, oficinas, entre outros). Durante os atendimentos médicos, é que se determina qual a melhor prescrição para o usuário.

*“(...) e que tem alguma indicação de avaliação psiquiátrica para medicação em relação à dependência química ou em relação à avaliação de alguma comorbidade, no tratamento de alguma comorbidade psiquiátrica (..) ou mesmo avaliação clínica para determinar a necessidade ou não e qual a medicação que vai ser prescrita” (Lírio)*

Apenas um dos entrevistados realizava prescrição de medicamentos homeopáticos. O profissional explicava para os usuários que eles deveriam explorar mais outros recursos do CAPS AD, a fim de utilizarem as medicações em pequenas doses.

*“(...) e tentando interferir da melhor maneira que eu posso, para construir uma nova realidade, com medicação e com os recursos que a gente dá (...) A gente pode até usar medicação, de controle químico e homeopático” (Camélia)*

A terapia medicamentosa é muito comum e ocupa um lugar muito importante no tratamento do dependente químico, pois consiste em terapêutica complementar às outras atividades desenvolvidas no serviço que buscam melhorar os domínios da vida do usuário, com a equipe atuante (FONSECA; LEMOS, 2011).

A orientação e o apoio fornecido pela equipe são fatores relevantes, pois geralmente usuários desses serviços, principalmente as mulheres, não contam com o apoio de familiares e amigos e necessitam formar vínculos com a equipe, a fim de aderirem melhor ao tratamento clínico e medicamentoso (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005).

*“(...) medicação quando tem atendimento do médico, enfim, é uma rotatividade (...) e quando acho que precisa eu oriento também” (Tulipa)*

#### **g) Promoção de espaço para trocas**

Na percepção dos trabalhadores do CAPS AD, eles promovem espaços para trocas de experiências, vivências e informações entre as usuárias, bem como entre elas e a equipe de saúde.

Na visão dos profissionais do CAPS AD, os grupos terapêuticos constituem espaços facilitadores de troca, tanto de informações como de experiências e vivências. Esta concepção pode ser considerada essencial dentro da prática terapêutica, pois possibilita à usuária do serviço perceber que ela não é a única com problemas de drogas e/ou dificuldades. Assim, espera-se que este espaço terapêutico ajude as usuárias no processo de motivação, adesão e

engajamento em seu tratamento, bem como na crença de sua efetividade. Para alcançar tal objetivo, é importante que elas sejam incluídas como corresponsáveis pelo seu tratamento e resolução dos seus problemas. Além disso, através dos grupos terapêuticos há possibilidades de criação de vínculos entre usuárias, serviço e equipe de saúde. O vínculo possibilita que as trocas realizadas entre usuárias e profissionais ampliem as potencialidades e melhorem o modo de vida dessas pessoas.

No CAPS AD, há três oficinas direcionadas para as mulheres usuárias de álcool e outras drogas e são realizadas no período da manhã. O número limitado de oficinas e um horário único dificultam a adesão de algumas mulheres, principalmente as que não podem participar de atividades nesse período.

Considerando que os grupos terapêuticos proporcionam e potencializam as trocas dialógicas, bem como possibilitam o compartilhamento de experiências e a atuação profissional mais diretiva e interdisciplinar, há necessidade de estes ganharem mais espaços nos serviços de saúde, uma vez que apresentam resultados positivos no acompanhamento de agravos e doenças (BENEVIDES et al., 2010). Portanto, compreende-se que há necessidade de criar mais grupos e atividades voltadas para esta população em outros períodos, para maior participação e adesão das usuárias.

*“(...) a gente faz esse grupo é, de atividades né, eu faço de quarta-feira com o objetivo de ser um espaço onde a gente tem troca de informações, troca de vivências, um espaço muito rico, muito interessante, porque elas se identificam né, tem até uma paciente que coloca que ela se achava um E.T. [extraterrestre], a única usuária de cocaína nesse mundo, e ela no grupo percebe que tem outras pessoas com dificuldades que nem ela, e a gente tenta ver o que elas são capazes de fazer, coisas boas que elas conseguem fazer e são capazes de fazer” (Girassol)*

Na oficina de unhas artísticas, a profissional relatou que deixa o grupo à vontade para que elas falem aquilo que elas quiserem, e isto foi confirmado nas observações em campo empírico.

*“(...) No grupo eu deixo elas à vontade para falar o que elas quiserem “(Tulipa)*

Apesar de a oficina terapêutica se constituir em um espaço de trocas de experiências entre as usuárias, o profissional de saúde deve conduzi-la de maneira a se atentar às comunicações verbais e não verbais de seus integrantes. Esta atividade além de ter objetivo de integração e interação, também são espaços terapêuticos que requerem abordagens terapêuticas, intervenções ou orientações, quando necessário.

Entende-se que, na coordenação de grupos ou oficinas terapêuticas, o profissional de saúde deve estar capacitado para realizar intervenções adequadas. Portanto, ele necessita ter conhecimento e habilidades para atuação na coordenação e condução de grupos terapêuticos. Durante a observação em campo, na oficina de unhas artísticas, percebeu-se que a profissional de saúde que conduzia a respectiva oficina não entrevistou, quando uma das usuárias relatou suas dificuldades e tristeza durante a semana. Porém, o papel de auxílio e de orientação foi realizado por uma das usuárias de drogas que participava do grupo. Em momento algum, a profissional percebeu tal oportunidade para ser trabalhada numa abordagem terapêutica, ocorrendo uma inversão de papéis entre usuária e profissional.

Os trabalhadores de saúde necessitam rever constantemente seus saberes e práticas. Um dos recursos para atingir tal objetivo consiste no processo de capacitação, que também tem o intuito de mudar e aprimorar as tecnologias do cuidado. Durante esse processo, o profissional adquire conhecimento teórico, reflete sobre sua prática, aprimorando seus conhecimentos com a finalidade de qualificar o desenvolvimento de suas funções, e principalmente aprimorar o atendimento à população de forma que responda às suas necessidades.

Outro recurso refere-se à Educação Permanente (EP), que é um processo educativo contínuo que proporciona ao indivíduo ou à coletividade, e tem como objetivos a qualificação profissional, a construção de relações entre os sujeitos envolvidos e reformulação ou reafirmação de valores (FEUERWERKER, 2001). O processo de EP parte do pressuposto da aprendizagem significativa, ou seja, de aproximar o mundo do trabalho ao da educação, fazendo com que ocorra

uma reflexão das práticas cotidianas “*in lócus*”. A política da EP em saúde tem como objetivo principal, a construção de novos conceitos em saúde (LOPES, et al., 2007).

O trabalho assistencial que vem sendo realizado por esses profissionais tem sido predominantemente direcionado ao público masculino, quando comparado ao feminino, porém há uma maior demanda de usuários homens no serviço, o que pode ser justificável. As atividades desenvolvidas para as mulheres usuárias de drogas estão sob a responsabilidade de profissionais de saúde do gênero feminino.

Observa-se um processo de transição em relação ao trabalho, ou seja, timidamente os profissionais tentam questioná-lo e refletir sobre o desenvolvimento dele, porém há um predomínio de um trabalho mais pragmático. Ainda, um trabalho mais multiprofissional em que há justaposição, ou seja, há um trabalho simultâneo sem ter uma relação aparente entre eles, talvez com pouca colaboração entre eles.

## **5.4.2 Categoria Temática 2: Desenvolvimento de trabalho administrativo e educacional**

A equipe de saúde do CAPS AD identificou algumas atividades e intervenções que abrangem a dimensão administrativa e educacional do trabalho desenvolvido no serviço em estudo. Para os trabalhadores de saúde, o processo de organização do trabalho administrativo e de equipe envolve reuniões em equipe, refletir sobre o dimensionamento e escala diária de profissionais, controle da pontualidade e assiduidade dos servidores, requisição de materiais, apoio matricial de casos nas unidades de saúde, responder ofícios à defensoria pública, realizar um levantamento do perfil dos usuários em tratamento no CAPS AD, recepção de usuários e serviço de secretaria que consiste em atender telefone, atualizar dados nos prontuários, preenchimento de formulários e agendamento das consultas. Na dimensão educacional, envolve a supervisão de estudantes-estagiários e a preocupação pela capacitação dos profissionais através da participação deles em cursos.

### **5.4.2.1 Subcategoria**

#### ***a) Organização do trabalho administrativo e da equipe***

A reunião de equipe foi uma estratégia de gestão coletiva identificada pelos profissionais do CAPS AD e esteve presente no dia a dia de trabalho deles. As reuniões de equipe ocorreram às sextas-feiras pela manhã na área externa da unidade e contaram com a presença da maioria dos profissionais que atua na referida unidade. Os assuntos abordados envolveram desenvolvimento de grupos, participação dos usuários nos grupos terapêuticos, horários de atendimentos, reflexões sobre a busca de propostas inovadoras, discussão de casos de usuários e elaboração de projeto terapêutico singular, buscando atender às necessidades dos mesmos. Outros temas discutidos consistiram em identificar interesse e planejamento para participação de trabalhadores de saúde nos cursos, palestras e capacitações que estão disponíveis. Salienta-se que neste horário e dia não ocorrem atendimentos e nem atividades aos usuários, devido à realização das reuniões de equipe.

*“(...) e sexta reunião de equipe” (Margarida)*

*“(...) Na sexta é reunião de equipe” (Girassol)*

A reunião de equipe manifesta-se como parte da coordenação do trabalho, pois promove um espaço para encontro e discussão dos profissionais, a fim de organizarem o processo de trabalho da equipe e do serviço e na elaboração de atividades direcionadas aos usuários que procuram o local. Além disso, constitui em espaço de diálogo, interação entre seus membros e resolução dos problemas surgidos no cotidiano do trabalho (PAULA et al., 2014).

Os encontros proporcionados pela reunião de equipe podem reforçar a proposta da interdisciplinaridade, fortalecer os princípios da Reforma Psiquiátrica e minimizar os riscos da fragmentação do trabalho desenvolvido. A Reforma Psiquiátrica se iniciou no Brasil a partir de 1970, e desde então vem promovendo importantes mudanças na assistência, entre elas a criação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, tais como os CAPSs e a defesa da interdisciplinaridade. A introdução das equipes multiprofissionais e a implementação da interdisciplinaridade nos serviços de base comunitária tornaram-se mecanismos de superação do modelo manicomial e da fragmentação do trabalho, uma vez que favorece um cuidado pluralizado, no qual o usuário é o ator e “objeto” do trabalho em saúde, no qual o cuidado une as diversas disciplinas e práticas assistenciais, afastando-se de uma assistência reducionista (VASCONCELLOS, 2010).

Segundo Madeira (2009), para se instituir um trabalho interdisciplinar, os trabalhadores de saúde devem compartilhar seus conhecimentos e competências no objetivo de compreender e diagnosticar melhor as necessidades advindas da população e as identificadas pela equipe de saúde, buscando intervir de modo coerente.

O conceito de interdisciplinaridade de acordo com Minayo (1991) surgiu no século XX, porém, só a partir da década de 1960, começou a ser utilizado como forma de transcender e superar o conhecimento fragmentado. O termo interdisciplinaridade ainda não possui um sentido único e está suscetível às mudanças, porém de acordo com Japiassu (1976) é uma estratégia que envolve a troca de conhecimentos entre os especialistas e uma integração real e coordenada entre as disciplinas, para a realização de um determinado trabalho.

Na ação interdisciplinar, há colaboração entre os diferentes profissionais, intercâmbio de saberes e competências para solucionar o problema, possibilitando a todos uma apropriação de um novo conhecimento advindo de diferentes olhares disciplinares (MADEIRA, 2009). Para outros autores, o trabalho interdisciplinar pressupõe novo formato de relações hierárquicas institucionais, gerenciais, de organização do trabalho, como também entre trabalhadores e usuários do serviço (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Estudo salienta que uma prática interdisciplinar de equipes interdisciplinares necessita de uma reorganização no modelo da assistência à saúde que ultrapasse a dimensão do tratamento da doença, mas que envolva vínculo entre profissional/usuário, acolhimento, humanização do cuidado, melhoria no acesso dos usuários aos trabalhadores e serviço. Além disso, deve proporcionar um espaço para participação dos usuários no seu tratamento, fortalecendo a ideia de que eles são responsáveis e sujeitos pelo seu próprio tratamento (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Portanto, a reunião de equipe mostra-se como um instrumento potencializador que através da interdisciplinaridade busca a transformação do cuidado prestado ao usuário e à usuária. Dessa forma, torna-se imprescindível a participação de todos os profissionais atuantes no CAPS AD e um compartilhamento de saberes e competências.

Durante as reuniões de equipe, compareceram apenas os profissionais que estavam trabalhando com agenda na unidade e no dia de realização das mesmas, observando-se a ausência da equipe médica (clínico e psiquiatras). Entende-se que tal fato pode desencadear um trabalho fragmentado e parcelado, em que as comunicações estejam deficitárias, dificultando a elaboração de estratégias de intervenção terapêutica e o planejamento do cuidado integral aos usuários, restringindo-se ao grupo de profissionais participantes da reunião. Ao serem questionados sobre a ausência nas reuniões de equipe, os profissionais relataram que possuíam atividades em outros locais que não na unidade, impossibilitando o comparecimento deles nas reuniões. Há, portanto, a necessidade de readequação das reuniões de equipe, para um dia e horário que fosse comum e disponível a todos os profissionais, para que haja a participação de todos os trabalhadores atuantes na unidade, a fim de, dessa forma, haver a superação de uma assistência parcelada, no



enfoque multiprofissional.

A coordenadora do CAPS AD, no momento do estudo, era enfermeira e realizava o trabalho administrativo e gerencial<sup>10</sup> da unidade e da equipe de enfermagem, bem como o cuidado aos usuários e usuárias, considerando-se que era a única enfermeira para a unidade. Tanto na fala da entrevistada quanto na observação realizada na unidade, percebeu-se que suas atividades foram direcionadas às ações administrativas do CAPS AD, não sendo percebido o desenvolvimento de atividades assistenciais diretas às usuárias deste serviço. Na visão desta profissional, as atividades gerenciais consistiram em organizar agendas para participação dos trabalhadores do CAPS AD em capacitações profissionais, preocupação com dimensionamento de recursos humanos, escala diária e de férias dos profissionais de saúde, dimensionamento e escala de atividade diária da equipe de enfermagem, controle da pontualidade e assiduidade dos servidores da respectiva unidade de saúde, requisição de materiais, apoio matricial de casos nas unidades de saúde, responder ofícios à defensoria pública e realizar um levantamento do perfil dos usuários em tratamento no CAPS AD.

*“(...) organizar quem vai fazer esses cursos, quem que pode... estar à frente de um projeto, pensar quantas pessoas eu preciso pro CAPS (...) controla ponto dos funcionários, faz pedido de material, confere, Hã... vê lista de férias, hum...,é, responde alguma coisa mais específica né? da área de enfermagem também, porque sou enfermeira, organizo a escala meio que diária, onde vai, quem vai ficar, se vai ter alguma falta, um atestado(...) responder muitos ofícios para a defensoria né? (...) faço, às vezes, visitas nas unidades para discutir algum caso(...) quantificar quantas pessoas em tratamento, que tipo(..)então eu cuido das questões administrativas e da supervisão do cuidado dos pacientes” (Rosa)*

---

<sup>10</sup> O trabalho assistencial se caracteriza quando o enfermeiro toma como objetivo a intervenção das necessidades de cuidado. O trabalho gerencial realiza a organização do trabalho de enfermagem e proporciona condições adequadas de cuidados aos pacientes. O gerenciamento de cuidado consiste na combinação do trabalho assistencial e gerencial, e visa atender às necessidades dos pacientes, equipe de enfermagem e instituição (PEDUZZI, 2000; FELLI; PEDUZZI, 2005; HAUSMANN, 2006).

Atualmente, observa-se que vem ocorrendo um aumento do número de enfermeiros (as) atuantes em funções gerenciais em unidades de saúde, o que lhes permite ocupar posições estratégicas para a tomada de decisões (PASSOS; CIOSAK, 2006). O gerenciamento, como parte do processo de trabalho, implica na tomada de decisões que “afetam a estrutura, o processo de produção e o produto de um sistema, visando ações que possibilitem intervenções impactantes no processo de trabalho em saúde”, de tal forma que a assistência prestada à clientela seja satisfatória por meio da eficiência, eficácia e efetividade (PASSOS; CIOSAK, 2006, p. 468).

Estudos que analisam o processo de trabalho do enfermeiro na dimensão gerencial e assistencial apontam como parte do processo gerencial a elaboração de escalas (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; CHAVES; LAUS; CAMELO, 2012; PAULA et al., 2012), remanejamento de funcionários, checagem de pendências, conferência e reposição de materiais e equipamentos, gerenciamento de conflitos, ações educacionais e supervisão do cuidado (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009).

Assim, o trabalho gerencial realizado pela enfermeira da unidade predominou sobre as atividades que a mesma realizava no âmbito assistencial, o que dificultou a interação dela com a equipe e usuárias. Além disso, perceberam-se dificuldades nas ações educativas voltadas aos trabalhadores de saúde, com o objetivo de estimular os trabalhadores na reflexão do dia a dia de seu trabalho com os usuários. Dessa maneira, observou-se uma sobrecarga de função e tarefas para a respectiva profissional, o que justifica um enfoque predominante nas ações administrativas do CAPS AD.

No contexto do trabalho de enfermagem, o que se deseja é articulação entre a dimensão assistencial, que é focada às necessidades do indivíduo, e gerencial, que organiza todo o trabalho de enfermagem. As duas dimensões articuladas se transformam no gerenciamento do cuidado. Este se perfaz pela articulação das dimensões assistenciais e gerenciais e atende às necessidades dos pacientes, equipes e instituição (HAUSMANN, 2006). Quando realizado de maneira eficaz e eficiente, o gerenciamento do cuidado assegura a qualidade dos serviços e da assistência prestada, proporcionando um atendimento integral e integrado ao usuário. Segundo Willig et al. (2006), o gerenciamento do cuidado é compreendido como processo amplo que

contempla ações de cuidado, administrativas (burocráticas ou não), educativas e de pesquisa, direcionadas aos usuários e/ou pacientes, portanto, busca-se uma articulação cuidar/gerenciar no e para o usuário.

O trabalho do enfermeiro no CAPS AD se constitui na reabilitação psicossocial do usuário e usuária, que tem como finalidade a inserção deles nas “atividades diárias, no mercado de trabalho e na comunidade” (BOURGUIGNON; GUIMARÃES; SIQUEIRA, 2010, p.468). A reabilitação psicossocial consiste no processo de reconstrução da vida dos usuários/usuárias que sofrem psiquicamente, na busca de resgatar e exercer o direito pleno de cidadania, o poder de contratualidade social nos cenários das relações intrafamiliares, da rede social e do trabalho com valor social (SARACENO, 1996). Dessa maneira, reabilitar faz parte do *continuum* do cotidiano de vida das pessoas, pois possibilita a realização de trocas afetivas, materiais e de mensagens (SARACENO, 1996; COSTA-ROSA; LÚZIO; YASUÍ, 2003).

As práticas diárias identificadas e desenvolvidas pelos enfermeiros em CAPS envolviam as seguintes atividades: acolhimento; atendimento a familiares; realização e coordenação de grupo de medicação; interação e vínculo com pacientes; acompanhamento de refeições; participação e coordenação compartilhada de oficinas; coordenação e participação em assembleias; intervenções multidisciplinares; reuniões de equipe; acompanhamento de usuários em atividades de lazer; promoção da relação entre atenção básica e o CAPS; coordenação de oficinas; avaliação de enfermagem; atendimento individual dos usuários; preparo e supervisão da administração de medicamentos; registro em prontuários; atividades administrativas; supervisão e capacitação dos auxiliares e técnicos de enfermagem (KANTORSKI; MIELKE; TEIXEIRA JÚNIOR, 2008).

Conclui-se, portanto, que há a necessidade da reflexão do trabalho atualmente realizado que está voltado somente para as atividades administrativas. Percebe-se a necessidade de transformá-lo no gerenciamento do cuidado, ou seja, incluir atividades assistenciais e gerenciais. Além disso, compreende-se também a necessidade da presença de duas enfermeiras, sendo que uma possa ficar responsável somente pela coordenação do CAPS AD, assumindo o papel enquanto gestora da unidade.

Duas das entrevistadas salientaram a realização de tarefas administrativas na recepção da unidade, o que foi percebido durante o período de observação em campo empírico. As ações realizadas na recepção resumiram-se em atender ao telefone, abrir e separar prontuários, preenchimento de fichas, de cadastro, fornecer informações como por exemplo horário de atendimento, horário dos grupos, agendamento de consultas, entre outros. Porém, uma das entrevistadas era agente comunitária de saúde e, quando questionada quanto ao seu dia a dia de trabalho, relatou que atualmente as suas atividades estavam mais direcionadas e focadas à recepção, considerando a grande demanda de pacientes e necessidade de reorganizar o fluxo de atendimento, afastando-a de suas funções específicas.

*(...) a gente chega, faz só recepção, eu “tô” fazendo ultimamente né? Hã... atendo telefone, preencho ficha, organizo alguma coisa, algum trabalho a ser feito, isso aí (...) no momento eu só “tô” ficando lá na recepção né, então não faço nenhum atendimento ou grupo (...) atualizo dados, pego prontuários, atendo telefones, mais isso (Alecrim)*

*(...) faço atendimentos e agendamento quando eu “tô” no balcão ajudando (Lavanda)*

Os agentes comunitários de saúde (ACSs) desempenham papel fundamental nos serviços de saúde, pois representam o elo no processo relacional entre comunidade e serviço de saúde, pois têm como uma de suas funções identificar as necessidades dos usuários e usuárias e realizar intervenções na unidade de saúde para melhorar suas condições de vida, através da criação de vínculos e laços de compromissos (SILVA; DALMASO, 2002).

Porém, de acordo com a Portaria GM 336/2002, a equipe mínima preconizada de nível médio inclui profissionais como técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão, não incluindo os agentes comunitários de saúde.

A literatura apontou que os ACSs de um CAPS realizavam visitas domiciliares, acolhimentos, participavam de reuniões de equipe, nas quais ocorriam capacitações e discussão de casos, elaboravam projetos terapêuticos singulares (DELFINI et al., 2009). Outro estudo salientou que os ACSs são de fundamental importância nas práticas de atenção à saúde mental, pois alinham os saberes técnico-científicos e populares, colaboram no processo de qualificação da

assistência prestada e na promoção de maior acesso e resolutividade para os usuários do serviço (TRAPÉ, 2010).

Porém, percebeu-se, nas falas e atitudes dos trabalhadores de saúde entrevistados, que as suas atividades são desenvolvidas de maneira rotineira, automática e espontânea, sem reflexão, principalmente, quando elas salientam o “faz só recepção” e “não faço nenhum atendimento”. Dessa maneira, eles não perceberam a intencionalidade de seu trabalho, não requerendo novos carecimentos que possibilitassem objetivações genéricas para si, mas um trabalho que supriu somente necessidades imediatas entre pensamento e ação. Segundo Heller (1972; 1987;1992), a espontaneidade é característica dominante da vida cotidiana, pois a esfera da vida se estrutura na genericidade em si. Para a mesma autora, as objetivações e apropriações acontecem de forma espontânea, sendo que as objetivações genéricas em si constituem em seu ponto de partida e chegada, a sua base estruturante, portanto, não existe uma relação consciente nas objetivações, apropriações ou nas relações de mediações entre elas.

Dessa maneira, os profissionais de saúde não reconheceram o importante papel deles nestas atividades desenvolvidas e nem o significado de sua intervenção, ou até mesmo que estão realizando atendimento e acolhimento. Eles não compreenderam que, ao acolher e atender a usuária ou usuário de álcool e outras drogas estão promovendo estratégias para facilitar o acesso deles e de seus familiares ao serviço, possibilitando criação de vínculos, atendendo às necessidades e carências desta população, orientando-os quanto à organização do serviço. Na concepção de Hausmann (2006), neste contexto haveria a articulação do trabalho assistencial e gerencial, caracterizando-se no gerenciamento do cuidado, pois atenderia tanto as necessidades dos usuários como também as da instituição e equipe.

Compreende-se também, conforme será exposto e discutido na categoria 3, que os profissionais enfrentam dificuldades, principalmente nas condições materiais e ambientais de trabalho a que estão expostos. As fragilidades encontradas na organização da rede de atenção psicossocial do município se refletem no desenvolvimento do trabalho dos profissionais do CAPS AD, gerando sobrecarga física e emocional, e muitas vezes desencadeando um distanciamento e estranhamento do produto de sua atividade de produção.

Assim, compreendeu-se que há a necessidade de repensar e rever o processo de trabalho existente neste serviço que se encontra cristalizado e absoluto, rompendo com o trabalho alienado, espontâneo e ultrageneralizado. Para que haja transformação deste trabalho pragmático, o profissional de saúde necessita refletir sobre o seu cotidiano, a fim de compreender sua realidade social e seu real papel no serviço, realizando um diagnóstico da situação de seu trabalho. É importante que esses trabalhadores percebam a intencionalidade de seu trabalho, apropriem-se das objetivações genéricas para si, a partir da apreensão e reflexão de evidências científicas para serem articuladas à prática clínica, bem como teorizar essa prática. O profissional pode se apropriar de saberes filosóficos através do estudo e discussão crítica e reflexiva das políticas públicas de saúde mental e de álcool e outras drogas, dos constructos teóricos que sistematizam o seu trabalho, educação permanente entre outras estratégias, mais espaços de discussão e reflexão sobre o desenvolvimento de seu trabalho, pois dessa maneira eles compreendem o cotidiano e se compreendem, proporcionando o grande salto para a transição e rompimento do cotidiano para o não cotidiano.

Salienta-se, também, que para satisfazer tais necessidades e carências, o profissional precisa encontrar aportes que possibilitam aprimorar o seu trabalho, os quais não se limitam somente à competência técnica e teórica, mas que envolvem melhorias na infraestrutura física do CAPS AD, possibilitando espaços para atender os usuários e realizar mais oficinas, melhor dimensionamento dos profissionais, reduzir a sobrecarga de tarefas e entre outras demandas requeridas e identificadas por eles.

A supervisão de estágio apareceu como prática do trabalho da terapeuta ocupacional do CAPS AD em estudo, pois ela era preceptora do Curso de Terapia Ocupacional de uma universidade federal do interior paulista.

A Terapia Ocupacional (TO) é uma profissão que tem sua atuação voltada para o campo da atividade humana e desenvolve ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde em nível individual e coletivo (BARROS, 2010).

O estágio supervisionado em terapia ocupacional possibilita ao aluno o contato direto com a realidade, o conhecimento do funcionamento do sistema de saúde, das

características do serviço e a possibilidade de atuação profissional com a devida supervisão (MARIOTTI et al., 2014).

*(...) e supervisão das alunas da TO [Curso de Graduação de Terapia Ocupacional] (Girassol)*

No CAPS AD, havia duas estagiárias do curso de TO que eram supervisionadas pela terapeuta ocupacional da unidade. Elas realizavam e coordenavam os grupos de trabalhos manuais e o programa de prevenção de recaídas (PPR) para as usuárias de drogas. Porém, a maior parte do tempo, as atividades eram conduzidas pelas alunas sem a presença da profissional que realizava outras atividades, tais como atendimento, busca ativa, no mesmo horário dos grupos e PPR. Após o término das atividades, elas se reuniam com a terapeuta ocupacional e discutiam alguns pontos que consideravam importantes como, por exemplo, alguma intervenção realizada, o comportamento das participantes, entre outros. A supervisão de estágio, como supervisão educacional, proporciona a criação de espaços para discussão e reflexão dos saberes e práticas do trabalho, promovendo aprimoramento profissional e aproximando o aluno e a preceptora, neste caso a TO, da realidade do âmbito assistencial.

Durante o estágio, o aluno de TO desenvolve habilidades, competências e atitudes necessárias para sua atuação profissional, tornando-se um momento e espaço de oportunidade para promover reflexões das experiências vivenciadas por ele, a fim de aprimorar sua qualificação profissional. No CAPS, o terapeuta ocupacional ocupa um papel fundamental e de grande relevância no processo de Reforma Psiquiátrica, pois, através de sua atuação com outros profissionais, busca o rompimento dos preconceitos em relação aos usuários com transtornos mentais e a prestação de uma assistência humanizada, acolhedora e de resgate da autoestima do indivíduo, o que vem ao encontro dos preceitos da Reforma Psiquiátrica (BARROS, 2010). Ele pode realizar diversas atividades, tais como: avaliação clínica dos usuários, atendimento individual e grupal, acolhimento, grupo de convivência, atenção domiciliar, grupo de família, grupo de terapia comunitária, oficinas, entre outros (MARIOTTI, et al., 2014).

### **5.4.3 Categoria Temática 3: Dificuldades no cotidiano do trabalho com as usuárias mulheres**

A equipe de saúde do CAPS AD identificou algumas dificuldades no dia a dia do trabalho com as mulheres usuárias de álcool e outras drogas, tais como baixa demanda e adesão das mulheres ao tratamento, falta de recursos humanos e estrutura física no serviço, dificuldades na estrutura e articulação da rede de saúde mental e de apoio às mulheres usuárias de substâncias psicoativas, dificuldades no tratamento conjunto entre homens e mulheres no CAPS AD, falta de suporte social e familiar às mulheres e falta de atividades terapêuticas dos profissionais de saúde específicas com mulheres.

#### **5.4.3.1 Subcategorias**

##### ***a) Baixa demanda e adesão das mulheres ao tratamento***

A baixa demanda e a adesão das mulheres ao tratamento no CAPS AD foram identificadas tanto nas entrevistas realizadas quanto nas observações em campo, sendo um problema muito comum e frequente, durante o tratamento para dependência química. Dessa maneira, o perfil de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas no CAPS AD em estudo demonstrou um predomínio da população masculina. Os trabalhadores de saúde reconheceram que há uma demanda de mulheres que necessitam de tratamento, porém por elas não buscarem o serviço, o atendimento a este grupo não é priorizado no campo empírico em estudo.

*(...) Acaba sendo um grupo pouco priorizado, porque as demandas existem, mas o grosso do nosso atendimento hoje são os homens (...)" (Antúrio)*

Estudos que identificaram o perfil sociodemográfico da população que busca tratamento em CAPS AD apontaram predomínio de dependentes de drogas do sexo masculino (PEIXOTO et al., 2010; MONTEIRO et al., 2011; OLIVEIRA et al., 2013). Estudo realizado no Ceará, que buscou identificar as características da clientela atendida pelo CAPS AD, apontou que dos 300 usuários da unidade, 75% (225) eram homens e apenas 25% (75), mulheres (OLIVEIRA



et al., 2013). Avaliação realizada em prontuários de pacientes do Centro de Referência Álcool, Tabaco e outras Drogas – CRATOD de São Paulo, durante o período de 2007 a 2008, sobre temática de dependência química em geral, demonstrou que a procura das mulheres a este tipo de serviço ainda é baixa, quando comparada a dos homens (SILVA, 2009).

No I e II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2001 e 2005 respectivamente, observou-se que houve um aumento do consumo de drogas pelas mulheres, de 26,10% para 31,6%. Outro dado importante referente à diferenciação de gênero na busca pelos serviços específicos para tratamento da dependência química apontou um índice de 4,7% para os homens e apenas 1,6% para as mulheres, demonstrando que a procura dos homens é maior, quando comparada a das mulheres (CARLINI, et al., 2002; 2006). Somente um estudo realizado com amostragem de usuários de *crack* e/ou similares em cenas de uso em capitais e não capitais brasileiras apontou que, aproximadamente, 30% das mulheres referiram ter procurado unidades de saúde da atenção básica e de pronto-atendimento. Porém, o mesmo estudo apontou o predomínio do sexo masculino (78%) em relação ao feminino (21,32%), no referente ao uso de *crack* e similares em cenários de uso (BASTOS; BERTONI, 2014).

O II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas no Brasil realizado em 2012 ressaltou que no referente à prevalência de consumo de álcool com frequência, ou seja, de pelo menos uma vez por semana, foi mais significativo entre as mulheres, passando de 27% em 2006 para 38% em 2012. Outra informação relevante consistiu na maior precocidade etária na experimentação de bebida alcoólica entre as mulheres jovens, ou seja, a proporção de jovens com menos de 15 anos que bebem passou de 8% em 2006 para 17% em 2012. Em relação à prevalência de consumo em *binge*<sup>11</sup> nos últimos 12 meses por gênero, houve um aumento significativo entre as mulheres, sendo que em 2006 era de 36% e passou para 49% em 2012 (LARANJEIRA et al., 2014).

---

<sup>11</sup> Beber em *binge* é considerado beber 5 doses ou mais, no caso de homens, e 4 doses ou mais, no caso das mulheres, em uma mesma ocasião num intervalo de até 2 horas (LARANJEIRA, et al., 2014).

Em relação às mulheres que buscam tratamento nos CAPSs AD, os trabalhadores salientaram que a adesão ao tratamento é baixa. Convém salientar que o conceito de adesão empregado neste estudo é compreendido como o comportamento do usuário e usuária de álcool e outras drogas em se comprometer e cumprir as medidas terapêuticas propostas pela equipe de saúde do CAPS AD, porém, sempre se reconhecendo a vontade e autonomia do paciente em participar e colaborar com seu tratamento. Porém, salienta-se que há outros fatores extrínsecos ao usuário e usuária que podem influenciá-lo (a) para não aderir ao tratamento (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006). Outra literatura define que a adesão ao tratamento ocorre quando o usuário do serviço e a equipe de saúde estão comprometidos com as atividades desenvolvidas na terapêutica, facilitadas pela criação e manutenção do vínculo entre ambos, resultando em mudanças comportamentais do paciente no referente ao consumo de substâncias psicoativas (VASTERS; PILLON, 2011).

*“(...) e aí elas acabam não aderindo ao trabalho” (Alecrim)*

*“(...) eu acho que homem é aqui até mais fácil, eu não sei se é pelo, pelo número de homens ‘ser’ maior aqui, e a gente tem muito pouco mulheres. Têm umas que preferem vir para os grupos, mas não ficam intensivas (...) Mas assim, a dificuldade maior eu acho é até um pouco a adesão” (Hortênsia)*

*“(...) Ah, a adesão delas que é muito difícil, fazer elas “vir” até o serviço, têm umas que aderem bem, têm outras que vêm um dia e depois somem, o que seria ideal é que aquele grupo viesse sempre, cada dia tem uma a mais ou uma a menos” (Tulipa)*

*“(...) Olha, eu acho que o maior trabalho é a adesão, que na atividade mesmo eu não tenho muito problema, mas as faltas... elas acabam se perdendo, ficam 3 semanas sem vir e aí já não pode mais voltar nessa atividade, tem que fazer o acolhimento e então começar tudo de novo, é mais a adesão mesmo” (Lavanda)*

Apesar de a literatura apontar que um dos fatores de não adesão de pacientes ao tratamento está relacionado à questão subjetiva deste, ou seja, motivacional, os trabalhadores de saúde praticamente se limitaram a este fator como “causalidade” e não apontaram outros fatores que podem perpassar inclusive na dimensão socioeconômica, cultural, das políticas públicas de saúde e saúde mental. Portanto, percebeu-se que os profissionais de saúde se apropriaram de um

conhecimento que está relacionado somente à dificuldade da usuária, não se questionando sobre o trabalho deles desenvolvido no CAPS AD como, por exemplo, quais estratégias eles têm desenvolvido para motivar essas usuárias. Segundo Costa (2001), a necessidade do homem cotidiano consiste em buscar e dar respostas mentais imediatas, práticas e pragmáticas, sendo que esta necessidade está condicionada pelos contextos sociais que requerem também respostas imediatas, práticas e pragmáticas. Portanto, ao homem do cotidiano interessa-lhe aquilo que lhe é útil, prático e imediato, inclusive no plano das atividades mentais.

A dificuldade de adesão ao tratamento é um fator preocupante, pois as mulheres constituem um grupo com comportamento de risco biopsicossocial.

Os usuários de álcool e outras drogas constituem uma população suscetível a infecções, quando comparadas à população geral, pois estão muitas vezes com a imunidade comprometida devido a diversos fatores, tais como precariedade de habitação, má alimentação, baixa adesão a programas de vacina, rastreamentos e tratamento de infecções (como HIV, Hepatite B e C e Tuberculose) (CURTIS et al., 2013 citado por BASTOS; BERTONI, 2014). Além disso, as mulheres usuárias de álcool e outras drogas utilizam o próprio corpo para compra de drogas, através da relação sexual. Muitas vezes, elas praticam sexo não seguro, sem o uso de preservativos, o que as leva a ter gravidez indesejada e as tornam vulneráveis à infecção por doenças sexualmente transmissíveis (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007).

Além disso, elas são excluídas do convívio social, pois para a sociedade a mulher tem o papel de mãe, esposa, filha, cuidadora, dona do lar e, quando faz o uso de substâncias psicoativas, a visão dessas mulheres torna-se agressiva, imoral e inadequada. Além das barreiras comuns de acesso já existentes, ainda há a questão do estigma social<sup>12</sup>, autoestigmatização<sup>13</sup>,

---

<sup>12</sup> Estigma social pode ser definido como uma marca física ou social que afeta o indivíduo negativamente ou que o leva a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais, apresentando forte impacto no valor atribuído a uma determinada identidade social (RONZANI; ANDRADE, 2006).

<sup>13</sup> Situação em que a pessoa adota uma conduta passiva, envergonhada e de autodesvalorização e deixa de desempenhar os seus papéis sociais, sendo o principal obstáculo à recuperação e reabilitação do indivíduo (ROCHA, 2013).

preconceito e discriminação das pessoas por esta população e dos sentimentos de vergonha, culpa e medo referidos por estas mulheres, sendo fatores que contribuem para a baixa adesão e busca tardia pelo tratamento por este grupo populacional (ELBREDEDER et al., 2008; BORDIN et al., 2010; BASTOS; BERTONI, 2014).

Os trabalhadores de saúde também referiram que há uma pequena parcela de mulheres que procura tratamento no CAPS AD, e a adesão aos grupos terapêuticos é baixa. Há uma rotatividade de participantes semanalmente nos grupos, dificultando a sequência dos encontros grupais e a continuidade do tratamento, como também frequentes faltas, requerendo recomeçar o processo terapêutico e realizar novo acolhimento. Conforme já citado anteriormente, os grupos de mulheres ocorrem apenas duas vezes por semana e sempre no período da manhã, enquanto os dos homens ocorrem diariamente e nos períodos da manhã e tarde.

A limitação do horário e dos dias da semana são fatores que podem dificultar a adesão terapêutica, pois a maioria das mulheres que frequenta a unidade é casada e tem filhos, e elas utilizam o período da manhã para organizar seus afazeres domésticos e cuidar de seus filhos. Durante a observação de campo, uma das usuárias levava seu filho, pois não tinha com quem deixá-lo. Para Bordin et al. (2010), a baixa demanda do público feminino aos serviços que oferecem tratamento para a dependência química pode estar relacionada à falta de tempo desta população para dedicação ao tratamento, necessidade de ter ou manter atividades laborais que garantam condições para a sua subsistência e de seus familiares, ausência de estrutura física que cuide dos seus filhos, enquanto elas estiverem em atividades no CAPS AD, julgamentos morais da sociedade e entre outros. Em outro estudo, observou-se que o sentimento de vergonha e o estigma social também contribuem para a dificuldade na entrada e na permanência dessas mulheres nos serviços, pois além de representarem serviços voltados a álcool e outras drogas, os homens usuários também apresentam preconceitos em relação às mulheres (SILVA, 2013).

Tanto o profissional de saúde quanto a usuária do CAPS AD reconhecem a necessidade de algumas usuárias permanecerem nesta unidade por um período maior de tempo, porém, na percepção deles, não há profissionais disponíveis para realizarem atividades.

---

A permanência da usuária de drogas no serviço de saúde constitui em fator protetivo para o não uso de drogas, porém, deve-se estar atento para não desencadear um processo de “dependência” desta paciente à unidade de saúde e, conseqüentemente, ao seu técnico de referência.

Um estudo salientou que os motivos que desencadearam maior adesão de mulheres ao tratamento consistiu na permanência destas no serviço através da manutenção da abstinência de substâncias psicoativas, da paciência e apoio da equipe interdisciplinar por meio da ajuda, escuta terapêutica, acolhimento, valorização delas enquanto pessoas com sonhos e sentimentos (AGUIAR; 2014). Percebeu-se, portanto, a importância de investimento na interação e criação de vínculos entre equipe de saúde-usuária-família e promover espaços para atividades terapêuticas, para um maior engajamento e adesão por parte desta população. Nota-se que um dos fatores para manutenção da abstinência às drogas está relacionado ao processo interacional entre usuária e profissionais.

*“(...) Então, a permanência delas no grupo, porque elas vêm, elas gostam muito, elas vão embora felizes, elas não querem ir embora, Na segunda-feira, uma paciente me perguntou: - ‘Por que só homens ficam aqui todos os dias? Também quero ficar todos os dias, ‘tô’ precisando!’, e ao mesmo tempo elas não aderem tanto ao tratamento” (Girassol)*

A entrevista acima apontou que, apesar de as usuárias do CAPS AD gostarem de participar dos grupos, não conseguem aderir ao tratamento. Pode-se inferir que, para os profissionais de saúde, uma das justificativas para a não adesão terapêutica está relacionada somente à usuária. Entende-se que outros fatores podem estar relacionados como, por exemplo, os processos de recaída e/ou lapsos que são frequentes durante o tratamento da dependência química e causam vergonha e frustração nas usuárias de drogas, ocasionando as suas ausências na unidade de saúde. Outros fatores podem ser problemas no processo relacional entre usuária-profissional da saúde, falta de suporte social, efetividade e eficácia do tratamento na percepção da usuária, falta de recursos financeiros e transporte e entre outros.

A literatura salienta que a não adesão do paciente ao tratamento nem sempre está relacionada somente ao usuário, principalmente à sua motivação interna, mas a outros fatores tais

como: fatores socioeconômicos, rede e equipe de saúde, fatores específicos à terapêutica e à doença (HAYNES, 1979 citado por GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006; GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006).

Durante o período de observação deste estudo, não foi notado nenhum tipo de referência ou encaminhamento de mulheres advindas de outras unidades de saúde, sendo principalmente provenientes de demanda espontânea. A literatura ressalta que é comum as mulheres procurarem as unidades de atenção à saúde de base comunitária com queixas clínicas vagas, geralmente ginecológicas e físicas, omitindo seu real problema com a dependência química. Assim, acredita-se que a investigação do uso de álcool e outras drogas deveria fazer parte da rotina de trabalho destes serviços (CESAR, 2006; BORDIN et al., 2010).

Uma rede de saúde estruturada permite ao usuário e usuária o atendimento integral, de maneira ampliada e transformadora (FONTOURA; MAYER, 2006). Portanto, há a necessidade de qualificar o cuidado prestado ao dependente químico, que o contemple integralmente, tanto social quanto singularmente (OLIVEIRA et al., 2013).

No referente à questão da participação e adesão das mulheres usuárias de substâncias psicoativas às atividades de grupo, percebeu-se que o profissional de saúde esteve sensível e atento às respostas advindas deste grupo, inclusive reavaliando e revendo espaços, estratégias e metas que poderiam ser mais específicas para essa população que também tem suas particularidades, possibilitando maior adesão da usuária ao tratamento.

*“(...) então, eu até tentei ano passado, mas era uma época que não tinha grupo de mulheres, aí eu abri um grupo de acolhimento só para mulheres, mas eu vi que não teve muita adesão, não foi assim tão legal como eu achei que ia ser, e daí não tem mais. (...) Aí a gente começou a pensar em atividades mais para mulheres, e daí foi que eu retirei o meu grupo, que eu achei que não tava compensando também, que elas estavam aderindo melhor ao artesanato e das unhas”*  
*(Margarida)*

Uma pesquisa aponta que equipe de profissionais predominantemente feminina e a criação de espaços específicos são dois fatores atrativos para o aumento da adesão das mulheres ao tratamento. Os dados demonstraram que com a criação desses espaços, a adesão ao tratamento

foi de 70% de mulheres atendidas contra evasão de 90% antes da criação do espaço (CESAR; 2006). A literatura corrobora os dados encontrados nesta pesquisa, quando se identifica que quem coordena as oficinas e os grupos de mulheres são as profissionais de saúde de gênero feminino. Outra questão importante a salientar consiste em que o tratamento e cuidado também devem ser estruturados e planejados de acordo com as particularidades e necessidades de cada usuária, ou seja, um tratamento e cuidado individualizado.

*“(...) A procura delas é bem menor (...) eu acho que a gente tem que repensar, que a gente como CAPS, tem repensado muito essa, como as mulheres estão em pequeno número no CAPS, e têm mulheres usuárias, a gente sabe (...) as dificuldades... assim, as especificidades das mulheres, então, como eu te falei, mulher ela é, se é usuária de álcool e crack, por exemplo, ou de outras drogas, ela tem um diferencial para “tar” buscando um tratamento (...) Eu acho que essa é uma grande dificuldade da gente aqui, há nessa questão do tratamento diário, tem que pensar uma coisa diferenciada para elas” (Rosa)*

A entrevista acima demonstra um processo de reflexão da trabalhadora de saúde sobre a sua prática, e, portanto, sobre o seu cotidiano. Há percepção sobre o limitado número de usuárias de drogas que buscam o serviço, o questionamento sobre tal problemática, a busca dos fatores que podem desencadear esta situação e a necessidade de repensar outras estratégias para alcançar o objetivo de atraí-las para o serviço e, conseqüentemente, ao tratamento. O profissional de saúde reconheceu que a mulher usuária de substâncias psicoativas faz parte de um público diferenciado, com suas particularidades e, portanto, merece um atendimento, cuidado e tratamento diferenciados.

A discreta postura reflexiva e de distanciamento contemplativo da entrevistada, diante da vida cotidiana, promoveu a busca da “superação da superficialidade empírica do cotidiano” (COSTA, 2001, p.36), pois lhe possibilitou iniciar o exercício de indagar sobre o fator gerador da problemática da evasão das usuárias no CAPS AD, para compreendê-lo e analisá-lo. Compreende-se que é a partir da vida cotidiana que há possibilidades de superação da cotidianidade, mas há necessidade de o homem buscar e se apropriar de conhecimentos de outras ciências, portanto das esferas não cotidianas (HELLER, 1972; 1987). Assim, é no contexto da

vida cotidiana que emergem novas carências, bem como a necessidade para impulsionar a busca de condições que as satisfaçam, desencadeando resultados advindos da ação intencional do homem através do trabalho, do saber, da cultura, numa postura reflexiva diante das circunstâncias da vida. A partir do momento em que há uma preocupação pelo cotidiano, simultaneamente, há uma preocupação pelos sujeitos que atuam neste cotidiano. É na vida cotidiana que o homem conhece as reais possibilidades e limitações de suas intervenções, carências e necessidades, desejos, como também a capacidade de realizar os seus projetos (COSTA, 2001).

Infere-se que os profissionais do CAPS AD têm buscado discretamente um processo de reflexão de seu trabalho em alguns âmbitos. O profissional necessita questionar e entender melhor qual é a realidade social do serviço em que atua, qual é o seu papel desempenhado e a intencionalidade de seu trabalho. Ele deve se distanciar desta prática, contemplá-la, questioná-la, refletir sobre ela, buscar a causalidade dos fenômenos, mas se apropriar de conhecimentos científicos para poder compreendê-la e transformar seu trabalho e a si mesmo. Assim, alguns questionamentos podem surgir. Será que as estratégias desenvolvidas pelos grupos são eficazes? As atividades profissionais não poderiam ser revistas e mais bem direcionadas para a ampliação do horário de atendimento e a formação de novos grupos? O que poderia ser feito para que houvesse uma efetiva articulação entre os equipamentos e profissionais de saúde pertencentes à rede de atenção à saúde e saúde mental do município? Quais fatores históricos, sociais, políticos contribuem tanto para manter ou transformar o modelo assistencial tradicional em inovador? Quais são as melhores estratégias para motivação interna e externa das usuárias do serviço? Quais são as evidências científicas sobre tais problemáticas? Para que isso aconteça é necessário que o(a) trabalhador(a) de saúde busque estratégias que rompam com seu trabalho alienado, espontâneo e ultrageneralizado e retome a intencionalidade de seu trabalho, a fim de que o mesmo atenda às necessidades da população feminina usuária de álcool e outras drogas que procura ajuda ao serviço.



***b) Falta de recursos humanos e estrutura física no serviço***

A falta de recursos humanos e estrutura física no serviço foi um tema que esteve presente nas falas de dois dos entrevistados.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), os CAPSs devem ter estruturas físicas e ambientes adequados para o trabalho, a fim de favorecer a qualidade do cuidado prestado e a relação entre usuário-equipe-território.

A estrutura física é um fator de análise importante, pois favorece a compreensão da valorização do serviço, qual é a adequação do espaço para a realização das atividades para a demanda existente e qual a capacidade de acolhimento dos profissionais e usuários do serviço (LEAL; ANTONI, 2013).

O CAPS AD em questão localiza-se na região central de uma cidade do interior paulista, próximo a serviços de saúde, para facilitar o acesso aos usuários. Realiza em média 45 atendimentos por dia e 1.500 ao mês, possuindo um arquivo com aproximadamente 3.000 prontuários<sup>14</sup>.

O equipamento de saúde encontra-se em uma casa alugada pelo município, a qual foi adaptada para desenvolver as atividades terapêuticas. O local é constituído por diversos ambientes, transformados para alocação da demanda, e ainda há uma sala com computadores com acesso à internet e uma sala de entretenimento para assistir à televisão. Além disso, possui três banheiros, um ambiente para recepção, um espaço caracterizado como garagem que foi transformado em local para desenvolvimento de oficinas terapêuticas, um quintal onde é realizada a oficina de horta, uma varanda para refeições dos usuários e uma copa/cozinha. Há outros cinco ambientes reservados, para manter a privacidade das atividades, que são destinados aos atendimentos individuais, triagem/acolhimento e realização de grupos terapêuticos e uma sala administrativa. Um destes espaços se constitui no posto de enfermagem, onde realiza também procedimentos técnicos, inclusive medicação. O ambiente é limpo, arejado e com boa iluminação.

---

<sup>14</sup> Dados fornecidos pela coordenadora do CAPS AD através da entrevista semiestruturada.

A Portaria nº 615 de 15 de abril de 2013 do Ministério da Saúde anexa uma planta mínima necessária para os CAPSs AD que contempla entre outras as seguintes áreas: uma recepção, três salas de atendimento individuais, duas salas de atendimento coletivo, um espaço para convivência, dois banheiros adaptados, uma sala de medicação, um posto de enfermagem, uma sala administrativa, uma sala de reuniões, um refeitório, uma copa/cozinha, entre outras.

Nota-se que o CAPS AD em estudo foi adaptado em uma planta residencial já existente e contém espaços que não atendem ao que promulga a Portaria em vigor. Os profissionais acabaram adequando seus horários, atividades e agendas, a fim de otimizarem os espaços da melhor maneira, dentro das possibilidades do local. Um dos trabalhadores de saúde citou que, além do problema da infraestrutura física do serviço para o desenvolvimento do seu trabalho, há também poucos profissionais envolvidos no atendimento às mulheres usuárias de drogas, como identificado em subcategoria que será discutida mais adiante. No momento da coleta de dados, a equipe mostrava-se descontente e insatisfeita com o espaço, porém estavam envolvidos com o projeto de implementação do CAPS AD III, que seria em um local maior e mais adequado para o atendimento da demanda.

*“(...) Eu acho que a perspectiva de como inseri-las no serviço, porque temos um problema de estrutura, de espaço físico” (Antúrio)*

*“(...) É, eu acho que ‘falta’ mais instrumentos para trabalhar (...) espaço físico, mais profissionais envolvidos, porque não tem espaço físico, não têm profissionais totalmente à disposição delas, e acabam interrompendo o tratamento” (Alecrim)*

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS AD deve ser formada por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico (responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas), quatro profissionais de nível superior e seis de nível médio (BRASIL, 2004). Dessa forma, na época da coleta de dados, a equipe do CAPS AD em questão era constituída por: um médico psiquiatra, uma enfermeira coordenadora com especialização em saúde mental, dois médicos clínicos, três psicólogos, um terapeuta ocupacional, um agente comunitário de saúde, três técnicos de enfermagem, uma copeira, uma assistente social e três agentes administrativos. Percebeu-se a

presença do profissional agente comunitário de saúde que é restrito das Unidades de Saúde da Família. Segundo informações colhidas durante a realização desta pesquisa, a justificativa para tal presença consistiu na dificuldade de contratação de um profissional para as funções de recepção de usuários e ao déficit de trabalhador de saúde no CAPS AD.

Portanto, observou-se que o número de profissionais atuantes na unidade em estudo está dentro do preconizado pelo Ministério da Saúde, porém a equipe salientou que há uma falta de profissionais para o trabalho da unidade. Alguns deles não se encontravam dentro do horário de atendimento, o que dificultava a prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade se caracteriza pela integração dos diferentes saberes que, através das trocas entre as disciplinas, proporcionam ao indivíduo um cuidado integrado, efetivo e resolutivo, de acordo com as suas necessidades de saúde (THIESEN, 2008; SOUZA; SOUZA, 2009).

A falta de espaços compromete o andamento das atividades na unidade e a continuidade do tratamento e cuidado às usuárias, pois sem espaços adequados não é possível a realização de atividades por parte dos profissionais. Conforme identificado neste estudo, as mulheres usuárias de drogas acabam se concentrando em um período do dia e apenas dois dias da semana, o que, como já discutido anteriormente, influencia na procura, adesão e continuidade do tratamento das mesmas. De acordo com estudo desenvolvido por Kantorski et al. (2009), onde buscou-se avaliar quanti e qualitativamente a satisfação dos usuários dos CAPSs da região Sul do Brasil, a maioria dos CAPSs investigados apresentou deficiência de infraestrutura e de recursos materiais, humanos e físicos. Os profissionais de saúde relataram que a carga horária reduzida cumprida na jornada de trabalho prejudica o atendimento, desencadeando-lhes acúmulo de outros serviços e também divisão de atendimento entre CAPS e ambulatórios.

Segundo Xavier e Monteiro (2013), no CAPS AD do estudo realizado pelas autoras acima citadas, algumas atividades como oficinas e grupos foram canceladas devido a problemas na estrutura física do serviço.

Durante o período de observação, notou-se que os trabalhadores estavam empenhados na proposta de construção e implementação do CAPS III AD. Os profissionais buscavam uma solução que contemplasse a demanda existente do serviço e que oferecesse um

projeto terapêutico diferenciado. Porém, num espaço maior, e em um serviço que funcionaria 24 horas por dia, seria necessário uma equipe maior e devidamente capacitada, para que o serviço fosse eficaz e efetivo. Entretanto, não havia comentários e propostas para o aumento do quadro profissional. Enquanto a expansão para outra unidade não ocorria, observou-se grande empenho da equipe atuante no local em atender à demanda da melhor forma possível dentro da realidade que atua.

***c) Dificuldades na estrutura e articulação da rede de saúde mental e de apoio às mulheres usuárias***

Os trabalhadores de saúde identificaram, também, dificuldades na organização estrutural e de articulação da rede de saúde mental e de apoio às mulheres usuárias de álcool e outras drogas. Percebeu-se que as dificuldades se focaram na falta de articulação entre CAPS AD e as Unidades de Saúde da Família (USFs), limitações para encaminhamentos das usuárias às USFs para acompanhamento terapêutico com profissional específico (psicólogo). Outra dificuldade identificada consistiu na falta de estrutura, no sentido de que os profissionais de saúde da rede de atenção à saúde somente encaminham as usuárias ao CAPS AD, sobrecarregando-o.

*“(...) que a gente pudesse contar com a rede, com as ESF [Estratégia de Saúde da Família] próximas que tivessem psicólogos né? para continuar o trabalho, então meio que fecha aqui o trabalho” (Alecrim)*

*“(...) e também a rede de apoio do município é muito pouco estruturada para o atendimento das mulheres, então fica difícil as questões de encaminhamentos e opções de tratamento. Então a dificuldade é nesse sentido, a rede de apoio não é estruturada para atender às demandas, e acaba concentrando tudo aqui” (Antúrio)*

Os depoimentos apontam que a equipe está se sentindo sobrecarregada, sendo que uma das justificativas relacionou-se à falta de estruturação e apoio entre a rede de atenção primária à saúde e a de saúde mental. A Portaria nº 3088 do Ministério da Saúde, publicada em 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que tem como

finalidade a “criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para indivíduos com sofrimento ou transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS”. Para que essa rede de apoio seja eficaz e efetiva, há a necessidade de organização dos serviços em rede, com o estabelecimento de ações intersetoriais, a fim de garantir a integralidade do cuidado. A RAPS deve garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde e saúde mental no território, além de regular e organizar as demandas e fluxos assistenciais da rede de atenção psicossocial (BRASIL, 2011, p.1).

De acordo com Merhy (2004), uma rede de atenção à saúde bem articulada entre os serviços de saúde/saúde mental/comunidade constitui uma das soluções para aliviar e/ou minimizar a sobrecarga laboral dos profissionais do CAPS, promover cuidado integral aos usuários em sofrimento psíquico e, conseqüentemente, aos seus cuidadores e/ou familiares.

Atualmente, diversos autores discutem a necessidade de integração e cooperação entre os serviços da rede de saúde mental e os de atenção básica (MORAES, 2006; SCHNEIDER, 2009; CORTES et al., 2014), possibilitando (re)organização da rede de atenção à saúde e saúde mental (CORTES, et al., 2014). A parceria entre saúde mental e atenção básica vai ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS, das propostas da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, ideais da Organização Mundial de Saúde (MORAES, 2006; SCHNEIDER, 2009).

Segundo Cortes et al. (2014), apesar de alguns profissionais da equipe de Saúde da Família da região Sul do Brasil identificarem dificuldades na articulação entre os serviços de saúde, eles também reconheceram sentimentos de insegurança e incapacidade para realizar ações específicas na área de saúde mental. Tal fato foi atribuído à falta de capacitação e treinamento nesta temática. Muitos profissionais desconheciam a organização dos serviços, inclusive do CAPS AD, e mesmo com interesse em conhecê-la não se mobilizavam para tal (CORTES, et al., 2014).

Em saúde mental, há a necessidade de um cuidado continuado e articulado, ou seja, um cuidado em que o usuário sinta-se acolhido e amparado, e para isso é necessário o

desenvolvimento do cuidado continuado e articulado em redes, em que há o planejamento de fluxos com ações resolutivas de saúde, focadas no acolhimento, na informação, atendimento e encaminhamento para uma rede cuidadora (CORTES, et al., 2014).

Outro recurso alternativo para minimizar a desarticulação entre os serviços inseridos na rede consiste na educação permanente, que possibilita a análise do cotidiano do trabalho e construção de espaços coletivos para refletir e avaliar os sentidos dos atos do dia a dia (CORTES, et al., 2014). Outra alternativa identificada abarca a incorporação do matriciamento, pois ele permite, além de ações mais articuladas e resolutivas em saúde mental, um suporte especializado, tanto no âmbito assistencial como técnico. Ele também promove a criação de espaços de comunicação entre as equipes, através das reuniões de equipe, e personaliza os sistemas de referência e contrarreferência (CORTES, et al., 2014; SCHNEIDER; 2009).

Dessa maneira, acredita-se que há falta de uma rede de saúde e saúde mental estruturada, organizada e articulada, que possa promover diálogos, reforçando a Estratégia da Saúde da Família e os princípios da Reforma Psiquiátrica. Um dos recursos potenciais para superação desta problemática está relacionado à utilização do matriciamento<sup>15</sup>, na tentativa de integrar as ações de saúde mental e atenção primária. O matriciamento é um instrumento potencializador e transformador não somente do processo saúde-doença, mas do cotidiano de vida real vivenciado pelas equipes e comunidade. Essa ferramenta tem como objetivo transformar o modelo de assistência à saúde tradicional, organizado de maneira verticalizado, que consiste primordialmente por encaminhamentos, referências e contrarreferências, implementação de protocolos de atendimento e centrais de regulação de vagas para outro paradigma, que é dinâmico, constituído por ações de cuidado horizontal, longitudinal e ampliado, integrando os profissionais e seus saberes, nos diferentes cenários de assistência (BRASIL, 2011).

O matriciamento proporciona retaguarda especializada da assistência prestada ao usuário, e também suporte técnico-pedagógico, possibilitando vínculo interpessoal e apoio institucional na construção de projetos terapêuticos com a população (BRASIL, 2011).

Para que o trabalho em saúde seja efetivo e atenda às necessidades do indivíduo, ele precisa estar fundamentado em uma rede de apoio devidamente estruturada e concreta que deve ser interdisciplinar e interinstitucional (FONTOURA; MAYER, 2006). Atualmente muito se tem falado sobre a interdisciplinaridade dentro do SUS. Ela é uma estratégia fundamental para a construção de projetos de saúde e para o alcance de resultados integrados, pois permite a formação de espaços para decisões institucionais com diversos setores do governo que trabalham com a produção de saúde. O trabalho interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial busca superar a fragmentação do conhecimento, além de considerar o indivíduo na sua totalidade, com necessidades individuais e coletivas, enfatizando que ações resolutivas em saúde requerem a integração de diferentes setores como educação, habitação, trabalho, entre outros (INOJOSA, 2001; MACHADO, 2009).

A formação de parcerias entre os serviços de saúde é de extrema importância para o trabalho em saúde no território e na operacionalização de processos de reabilitação psicossocial do indivíduo. A aliança formada é capaz de unir serviços que se encontram isolados e dispersos, na tentativa de reunir diversas equipes para resolverem as necessidades de cuidado dos indivíduos de um território específico (DELFINE et al., 2009).

Um estudo, que teve como objetivo relatar uma experiência de parceria entre um Centro de Atenção Psicossocial e três equipes do Programa Saúde da Família na região central de São Paulo, demonstrou que o firmamento de parcerias entre essas unidades promoveu cuidados em saúde mental, através de ações articuladas com diferentes serviços (DELFINI et al., 2009). O CAPS realizava um trabalho de matriciamento com as USFs do território abrangido, sendo que as estratégias utilizadas pela equipe foram reuniões de equipe, discussão de casos, acolhimento, elaboração de projetos terapêuticos e visitas domiciliares em conjunto (DELFINE et al., 2009).

O referido estudo demonstra que é possível realizar um trabalho conjunto com as equipes de saúde da família dos diversos territórios do município, com o propósito de garantir ao usuário e usuária um atendimento conforme as suas necessidades. As equipes de saúde da família

---

<sup>15</sup> “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” (BRASIL, 2011, p.13).

possuem recursos que lhes possibilitam conhecer o contexto social em que a usuária de álcool e outras drogas e sua família estão inseridas; apreender suas histórias de vida, enfim, todo o contexto que a cerca e que pode contribuir para o engajamento e adesão ao tratamento. Com a parceria entre as equipes, as propostas de intervenção tornam-se compartilhadas, dividindo as responsabilidades e projetos terapêuticos elaborados e desenvolvidos com a usuária e seus cuidadores.

Dessa maneira, as políticas públicas existentes demonstram a necessidade cada vez mais de realizar um trabalho inserido na e em rede, a fim de que seja desenvolvido de modo articulado, integrado e resolutivo para o indivíduo, sua família e comunidade. O trabalho intersetorial proporciona promoção de vida comunitária, autonomia dos usuários e articulação com os demais recursos existentes. Faz-se necessário implementar um modelo de cuidado e atendimento que atenda aos pressupostos e às diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas e esteja em consonância com a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Porém, indaga-se: quais estratégias devem ser pensadas e propostas coletivamente para que o município onde está inserida a unidade em estudo tenha uma política de saúde mental de álcool e outras drogas estruturada e fortalecida? Será que os trabalhadores têm justificado que as dificuldades encontradas no seu processo de trabalho estão relacionadas somente à falta de estrutura e articulação da rede de saúde mental e de apoio às mulheres usuárias de álcool e outras drogas? Será que as equipes de atenção básica sentem-se seguras e estão devidamente capacitadas/preparadas para identificar e acolher usuários com essas demandas?

#### ***d) Dificuldades no tratamento conjunto entre homens e mulheres no CAPS AD***

As dificuldades no tratamento conjunto entre homens e mulheres no âmbito da dependência química foram relatadas pelos trabalhadores de saúde deste estudo e também estão expressas na literatura.

Os trabalhadores de saúde identificaram situações que dificultam e, muitas vezes, impedem o desenvolvimento das atividades terapêuticas diante de um grupo de formação homogênea no aspecto de gênero. As situações que geraram conflitos entre a população feminina



e masculina no CAPS AD em estudo envolveram o desenvolvimento de grupos mistos, como por exemplo, grupos e oficinas terapêuticas, grupo de acolhimento, em que havia o questionamento do usuário sobre a presença da usuária na mesma atividade. Outra situação identificada foi o surgimento de sentimentos de constrangimento, inibição e medo pelas usuárias em se exporem nos grupos, principalmente quando era necessária a participação verbal, além de se sentirem inibidas por estarem em pequeno número nos grupos. Muitas vezes, os temas escolhidos para discussão grupal causavam constrangimento e inibição por envolverem reflexões ou opiniões de gênero.

Foi possível observar, durante a pesquisa, no campo empírico que muitas mulheres que já frequentavam os grupos, muitas vezes, se sentiam inibidas com a presença de homens que dividiam o mesmo espaço físico da unidade. Além disso, pelos usuários do gênero masculino serem em maior número, eles se expressavam mais, e, conseqüentemente, tornavam-se mais aparentes e obscureciam a participação das usuárias. O assédio à população feminina do CAPS AD também foi outra dificuldade apontada pelos trabalhadores de saúde, gerando uma emergência de comportamentos e atitudes de euforia, entusiasmo, desejos eróticos e sensuais nos pacientes masculinos, principalmente, diante das usuárias jovens e bonitas. Outra situação relatada pelos trabalhadores foi a relevância dada pelos usuários às oportunidades de namoro entre os casais em tratamento, durante a permanência deles no CAPS AD, ao invés de também valorizarem a participação de ambos nas atividades terapêuticas da unidade. Para os trabalhadores de saúde, tais situações são entendidas como dificultadoras para o desenvolvimento das atividades terapêuticas e adesão das usuárias a elas. Porém, os profissionais reconhecem a importância e necessidade de realizar atividades que agregam somente a população feminina.

*“E... se ficam no meio dos rapazes, eles... eles se estranham. ‘Ah, mas que ela tá fazendo aqui?’ (...) Muitas vezes, a gente faz assembleias extraordinárias... para conversar, quando têm os homens e as mulheres, porque eles começam a ter atritos... (...) E quando são muito jovens, meninas bonitas, aí é ao contrário né? Todo o assédio em cima delas também dá problema” (Rosa)*

*“(...) agora têm atividades que só têm mulheres e são atividades, pelo jeito elas tão assim, se engajando bastante, mas a gente já teve dificuldades aqui quando*

*ficavam na mesma atividade que os homens, era muito difícil, um rolo (...). Assim, ficava uma situação assim, já começou namoro aqui, então criava uma situação, ser era uma moça bonita, eles ficavam interessados, animados, ficava mais difícil porque eles ficavam mais agitados (...) No grupo de acolhimento eu senti algumas dificuldades, algumas se sentiam inibidas de falarem algumas coisa (...), como era menor o número de mulheres, elas falavam pouco, na verdade elas tinham medo de se expor, porque o grupo era mais verbal, eu senti essa dificuldade “(Margarida)*

Os achados desta pesquisa corroboram a literatura, demonstrando que a criação de espaços e grupos específicos para as mulheres proporciona uma maior adesão ao tratamento (CESAR, 2006), e a realização de grupos compostos apenas por mulheres pode ser mais atrativa, inclusive se as mulheres tiverem sido vítimas de violência masculina, o que ocorre com grande parte desse público (WOLLE; ZIBERMAM, 2011). Outros autores relatam que serviços de saúde que oferecem tratamentos direcionados exclusivamente para mulheres usuárias de drogas e separadamente dos usuários homens obtêm melhores resultados, pois o interesse dos mesmos predomina, principalmente quando elas estão em menor número, o que é muito comum na dependência química (NÓBREGA; OLIVEIRA, 2005).

A literatura, também, aponta que grupos formados por mulheres que abordam questões como autoestima, corpo, relações afetivas e interpessoais obtêm melhores resultados (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004). O atendimento às mulheres deve ser sempre refletido e discutido na dimensão técnica e teórica entre os membros da equipe, para buscar como meta aperfeiçoamento do cuidado, evitando-se atividades repetitivas e sem criatividade que podem banalizar o sofrimento apresentado por elas (VARGAS; DYTZ, 2010).

Estudo realizado por Marangoni e Oliveira (2013), com o objetivo de identificar e discutir quais eram os fatores desencadeantes do uso de drogas em mulheres, salienta que o principal motivo alegado para o início do uso de drogas foi a presença e influência destas em seu círculo de convivência, que incluía amigos, companheiros e familiares. Em relação à influência do membro familiar para o consumo de drogas, os pais foram os mais citados, seguidos pelos irmãos e pelos primos. Quanto ao tipo de drogas lícitas ou ilícitas de uso pelos familiares, todas as entrevistadas afirmaram a presença de múltiplas drogas, principalmente álcool, tabaco e *crack*.

A presença de drogas no ambiente familiar demonstrou o favorecimento de relações interpessoais conflituosas, como a violência física e psicológica.

Outro fator de risco para o uso de drogas pelas mulheres envolveu a violência sexual, sofrida por membros da própria família ou por homens desconhecidos, no contexto das ruas, geralmente sob o efeito de drogas. O estudo apontou que casos de violência doméstica eram praticados geralmente pelo próprio companheiro, também usuário de álcool e outras drogas, geralmente sob o efeito das mesmas. O envolvimento com o tráfico de drogas e com traficantes favoreceu a promiscuidade, uma vez que as mulheres utilizam-se do sexo para manter o uso habitual das drogas ou para ganhar dinheiro para manter o consumo. Muitas delas relataram que já cometeram delitos na rua e no ambiente familiar e foram presas por envolvimento com o tráfico de drogas. Os companheiros foram reconhecidos como os responsáveis pela aproximação inicial e manutenção do padrão de uso das drogas e, conseqüentemente, do envolvimento com o tráfico (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

*“A grande maioria. Não sei te falar quanti..., quantitativamente, mas a maioria tem transtorno depressivo associado, histórico de rejeição, violência né? Violência sexual, né? Então é muito difícil” (Rosa)*

As mulheres inseridas no universo das drogas são vítimas de violência física, psicológica, sexual ou domiciliar, sendo na maioria das vezes causadas por homens (pais, irmãos ou companheiros). Por isso, muitas vezes, elas se sentem incomodadas e inseguras ao realizarem atividades com homens; porém demonstram segurança e espontaneidade para expressar seus sentimentos em grupos específicos de mulheres, pois percebem que suas necessidades são atendidas e não criticadas pelos homens (HOCHGRAF, 1995).

No CAPS AD pesquisado, todos os grupos e oficinas terapêuticas realizados com mulheres eram conduzidos por trabalhadoras de saúde e não havia presença de usuários homens durante as atividades, o que condiz com a literatura, que salienta ser um fator que contribui para o tratamento das mulheres usuárias.

As mulheres usuárias de álcool e outras drogas constituem um grupo que, por apresentar algumas especificidades, requer também uma atuação profissional particular e

específica. Apesar de elas estarem em número reduzido nos serviços, possuírem características peculiares em relação aos homens, serem vulneráveis a diversos tipos de violência por eles, elas também necessitam de um trabalho diferenciado. É importante e necessário que espaços terapêuticos sejam promovidos a estas mulheres, para manifestação de seus anseios e necessidades, sem medo de serem julgadas e criticadas. O CAPS AD em estudo geralmente proporciona este ambiente para o público feminino atendido, inclusive dispõe de profissionais do sexo feminino, porém ainda se observou que a adesão e participação das mulheres neste serviço são limitadas.

Apesar de a literatura enfatizar a necessidade de trabalho diferenciado com as mulheres usuárias de SPAs, oportunizando espaços e grupos específicos para elas, também se reflete se este modo de trabalho não estaria reforçando um estigma no referente à diversidade de gêneros? Será que manter esta fragmentação de cuidados, ou seja, atividades terapêuticas para grupos somente de mulheres e coordenadas por profissionais de saúde mulheres não reforçaria uma produção e reprodução da sociedade, que busca manter a naturalização de gêneros pautada na “diferença sexual/biológica” e, portanto, mantendo a desigualdade social, a qual também torna-se naturalizada? Será que buscar a “desnaturalização de gêneros” promoveria uma discussão e reflexão ampla para superar as dificuldades também dessas diferenças produzidas e reproduzidas pela sociedade? Será que a manutenção desta divisão não seria mais uma justificativa das equipes de saúde mental diante de tal complexidade e dificuldade? Compreende-se que a diversidade de gênero não é determinada na dimensão biológica, mas nasce de um contexto histórico, cultural e social, inclusive assumindo papéis de gêneros diversos.

#### ***e) Falta de suporte social e familiar às mulheres***

A falta de suporte social e familiar às mulheres usuárias de álcool e outras drogas foi identificada durante as entrevistas e observações realizadas no CAPS AD. Para os trabalhadores de saúde, outros fatores que podem dificultar o tratamento das usuárias de substâncias psicoativas estão relacionados à questão de preconceito, tanto de seus familiares quanto da rede de atenção à saúde.

*“(...) Porque um homem já é difícil, uma mulher é mais difícil ainda, é mais, a família é mais preconceituosa, a rede é preconceituosa, né?” (Rosa)*

*“(...) quando elas vêm, elas já estão com os vínculos familiares muito rompidos (...) o trabalho com elas, às vezes, é carente de suporte social e familiar principalmente” (Lírio)*

Segundo Nóbrega e Oliveira (2005), as mulheres usuárias de álcool raramente aparecem acompanhadas nos atendimentos em unidades destinadas para tal tratamento. Uma das justificativas deve-se, principalmente, à visão preconceituosa, estigmatizante e imoral da sociedade em relação à mulher alcoolista, pois se espera que ela seja “boa mulher”, “boa mãe”, “boa esposa” e “boa dona do lar” (BRUNELLO, 2011, p. 4, grifos nossos). Dessa forma, as pacientes geralmente negam a existência deste problema, omitem o mesmo e não recorrem ao tratamento necessário (BRUNELLO, 2011). Portanto, infere-se que as usuárias de álcool e outras drogas geralmente vivem isoladas ou segregadas socialmente, possuem os vínculos familiares e sociais rompidos, o que as levam à evasão precoce do tratamento.

A família é uma unidade social formada por sujeitos com ancestrais em comum ou ligados por laços afetivos, que tem papel fundamental sobre a formação e desenvolvimento do indivíduo na tentativa de torná-lo capaz para viver em sociedade, sendo mediadora desse processo (BRASIL, 2014). Atualmente, tem-se discutido a família sob a visão da teoria sistêmica, que a considera um sistema relacional complexo, que faz parte de outro, que por sua vez é composto de muitos outros subsistemas (GALERA; LUIS, 2002; WRIGHT, LEAHEY, 2008). Reconhecer que a família é um sistema consiste em compreendê-la como um todo, que é maior que a soma de todas as partes. Portanto, os componentes familiares estão inseridos em uma realidade que também é sistema, em relação de hierarquia com outros sistemas. Assim, no pensamento sistêmico, a família é entendida em seu processo de interação entre seus integrantes, como eles influenciam e são influenciados por outros sistemas (WRIGHT, LEAHEY, 2008). Os membros familiares possuem recursos próprios para criar habilidades para o enfrentamento de situações diversas e adversas, bem como aprender a lidar com as mudanças e estabilidades. Como unidade, cada família possui características próprias de organização e funcionamento, e ela tem

papel fundamental na saúde dos indivíduos que a compõem, fazendo-se necessário o acompanhamento dessa família por parte da equipe de saúde, quando existe um problema nas inter-relações familiares ou problema de saúde em um de seus membros, como é o caso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2014).

A família no contexto do álcool e de outras drogas pode ser considerada tanto cenário protetivo quanto de risco, sendo que as famílias são modelos a serem seguidos pelos seus membros (SCHENKER; MINAYO, 2005; MARANGONI; OLIVEIRA, 2013). Portanto, pressupõe-se que pode haver reprodução da mesma situação, como por exemplo a questão das drogas, nas várias gerações familiares. Estudo apontou que, nas famílias de mulheres usuárias de drogas, há forte comportamento aditivo, tendo os pais, os irmãos e os primos como membros influenciadores (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

O uso de drogas por familiares (pais, tios e primos) assume uma cultura familiar de uso de drogas (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010). O Levantamento Nacional com Família dos Dependentes Químicos, que reuniu 3.142 familiares de pacientes em tratamento e internação devido à dependência química, demonstrou que 57,6% dos entrevistados possuem membros do núcleo familiar usuários de drogas. Em relação à primeira busca de ajuda pela família, quando descobrem o problema, consistiu na solicitação de internação (21%), seguida pelos grupos de mútua ajuda para os usuários que fazem uso de drogas, tais como Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA) e Amor Exigente (14%), os quais são considerados grupos de apoio social. Para os familiares, os grupos de Al-Anon, Amor Exigente e Pastoral da Sobriedade consistiram em grupos de apoio social e orientação para eles (LARANJEIRA, et al., 2013).

Estudo realizado pelo Programa de Assistência ao Dependente Químico e Familiar, da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal, apontou que o sucesso no tratamento de alguns pacientes está relacionado com a participação da família na terapêutica de seu membro adoecido, através do apoio e incentivo recebido pelos mesmos (VIEIRA, 2005).

De acordo com o LENAD Família, observou-se que apenas 20% dos familiares eram participantes no tratamento dos usuários do estudo, sendo a região mais predominante a Sudeste com uma participação de 42% dos familiares. Outro aspecto interessante é que a maioria

dos acompanhantes dos usuários era mulheres (80% do total da amostra), sendo na sua maioria mães (46,5%), seguidas de pais, irmãos, esposa, filhos, avós, maridos, entre outros (LARANJEIRA, et al., 2013).

O CAPS AD em estudo possui dois grupos de família, isto é, um com familiares de usuários internados e outro de usuários não internados, coordenados pela psicóloga e terapeuta ocupacional. Os grupos funcionam quinzenalmente, tendo como objetivo reunir os familiares dos usuários para dialogarem e trocarem experiências sobre as dificuldades vivenciadas entre eles, bem como discutir e acompanhar o tratamento. Durante a observação em campo empírico, percebeu-se a ausência de familiares das mulheres em tratamento.

O suporte social como forma de relacionamento, que fornece ao sujeito um sentimento de proteção e apoio, é essencial, pois oferece ajuda de forma concreta e duradoura à usuária e à sua família, além de minimizar o estresse e propiciar o bem-estar psicológico de ambos (BRASIL, 2014).

Considerando que a maioria das mulheres em tratamento era mãe e tinha filhos, Bordin et al. (2010) salientam que a participação familiar é relevante para a recuperação deste grupo, inclusive se houver a participação dos filhos, na tentativa de estimulá-los a demonstrar de que modo têm ajudado e que poderão ajudar a si mesmos e a elas também. Estudo realizado com 214 mulheres que ingressaram no Serviço de Estudos e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas (SEAD) do Hospital Universitário de Brasília – DF demonstrou que essas mulheres representavam um papel essencial na estruturação afetiva e de relacionamento de sua família, porém os problemas advindos do consumo de álcool estavam afetando o cuidado com os filhos, sendo que foram encaminhadas ao serviço por autoridades legais após denúncias (VARGAS; DYTZ, 2010).

A família consiste em grupo de pessoas, e cada família apresenta o seu contexto de inter-relações, sendo que a problemática da doença afeta todo o sistema familiar. Assim, para que o tratamento às usuárias de álcool e outras drogas seja eficaz, é necessário avaliar todo o funcionamento familiar, ou seja, as relações entre usuária e seus membros e vice-versa, entre os membros familiares, apreender os papéis desenvolvidos por cada membro, suas redes de

convivência, entre outros; porém sempre respeitando as potencialidades e particularidades de cada membro familiar e de todo o sistema familiar.

O CAPS AD em estudo também conta com o recurso das visitas domiciliares que são realizadas de acordo com escala preestabelecida pelos dois psicólogos. A visita domiciliar realizada durante o período das observações em campo era mais voltada para a busca de usuários faltosos. Portanto, frente ao exposto, percebe-se a necessidade de a equipe de saúde investir nas visitas domiciliares com o enfoque de análise e intervenção para auxiliar tanto a família quanto a usuária no processo terapêutico.

A família constitui um pilar fundamental na vida da usuária, tornando-se um cenário protetivo para ela, assumindo papel de aliada e podendo ajudar o seu membro adoecido no processo de enfrentamento dos problemas. Assim, ela deve ser incluída no cuidado e estimulada a participar efetivamente dos grupos e atividades disponíveis na unidade. Muitas vezes, a família representa um fator de risco, pois seus membros também são consumidores de álcool e outras drogas, porém, caso permitam, também devem ser acolhidos, cuidados e monitorados.

Considerando-se a importância da família ou de um membro familiar motivado como apoio social à dependente química, reconhece-se ser necessário que haja um investimento maior da equipe do CAPS AD para motivar e estimular a participação da família no grupo de familiares, no acompanhamento do processo de cuidar e tratamento da usuária que busca o serviço. Para atingir tal objetivo, infere-se que uma das estratégias seja intensificar e priorizar as visitas domiciliares com as famílias destas mulheres usuárias de drogas, articular o trabalho com a atenção básica, principalmente, as Unidades de Saúde da Família, solicitando ajuda desta no sentido de acompanhamento deste cuidado e de visitas domiciliares.

#### ***f) Profissionais de saúde não desenvolvem atividades específicas com mulheres***

Tanto na observação em campo quanto na percepção dos trabalhadores de saúde do CAPS AD, a maioria deles não realiza atividades terapêuticas específicas direcionadas às mulheres usuárias de drogas.



Muitos profissionais de diversas áreas de atuação relataram que não tinham atendimento específico, contato direto, atuação ou proposta voltada para mulheres, demonstrando que o trabalho com as mesmas acaba sendo pouco priorizado.

*“(...) eu não tenho atendimento específico com mulheres não” (Gérbera)*

*“(...) eu não tenho um contato é, por exemplo, todo dia com mulheres” (Rosa)*

*“(...) olha, eu com mulheres não atuo, são outros profissionais que têm oficinas de mulheres, tanto na quarta como na quinta-feira (...) Em suma, assim eu não participo dessas oficinas, porque eu faço outras coisas tá? (...) Mas eu mesmo não desenvolvo o trabalho com as mulheres” (Hortêncina)*

*“(...) eu não trabalho direto com elas (...) mas um trabalho específico eu não tenho” (Antúrio)*

*“(...) Então, no momento eu não tenho nenhuma proposta voltada só para mulheres” (Margarida)*

As mulheres constituem um grupo pouco priorizado, porém de risco biopsicossocial, principalmente quando procuram e aderem menos ao tratamento; e ainda elas sofrem com a estigmatização da sociedade e autoestigmatização. Portanto, esta população requer uma maior atenção e investimento que se caracteriza pelo oferecimento do serviço de abordagem diferenciada dos profissionais, maior disponibilidade e melhor preparo técnico.

De acordo com Nóbrega e Oliveira (2005), as mulheres necessitam de profissionais que se disponham a escutá-las e não somente que ofereçam diagnóstico ou abordagens farmacológicas. Elas geralmente procuram serviços que lhes proporcionem espaços para discussão e troca de experiências.

Conforme discutido anteriormente, a falta de espaços no CAPS AD é um dos fatores que prejudica a ampliação das atividades dos profissionais. A melhor distribuição e aproveitamento dos espaços ou readequação dos locais, concomitantemente com o melhor dimensionamento dos horários e atividades dos profissionais, proporcionaria que outros trabalhadores realizassem atividades diferenciadas voltadas a este grupo. Percebe-se que tais

estratégias já vêm sendo executadas pela equipe de saúde, isto é, que os mesmos já estão empenhados na readequação e na otimização dos espaços existentes.

Infere-se que os trabalhadores não estão identificando o momento de ambiência junto às usuárias de substâncias psicoativas como atividade terapêutica, onde está inserida a estratégia de relacionamento terapêutico, através da comunicação terapêutica. De acordo com a definição do Ministério da Saúde, ambiência em saúde compreende “o espaço físico, social e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (BRASIL 2006, p.5). A ambiência faz parte da Política Nacional de Humanização, pois prioriza a ambiência e a organização dos espaços acolhedores e saudáveis no serviço. Portanto, o profissional não precisa necessariamente estar inserido em uma atividade terapêutica com mulheres para realizar um atendimento, mas sim deve transformar o ambiente do serviço em um espaço acolhedor e humanizado, que atenda às particularidades das mulheres usuárias de álcool e outras drogas.

Há, portanto, a necessidade de fortalecer a otimização dos espaços já existentes na unidade, organizar o processo de trabalho dos profissionais com a finalidade de ampliar o desenvolvimento de atividades terapêuticas com as mulheres usuárias de drogas e realizar um trabalho interdisciplinar e intencional. Acredita-se, também, na importância destas atividades contemplarem as necessidades e carências desta população específica, para a elaboração de projetos terapêuticos singulares diferenciados e atrativos a elas. Outro fator muito importante a ser ressaltado e valorizado é a prática de ambiência no serviço, transformando-a em um local e em momentos relacionais acolhedores e humanizados para o atendimento dessa população.

***CONCLUSÃO***

---

## 6. CONCLUSÃO

O objetivo desta pesquisa foi atingido, pois buscou interpretar a percepção da equipe de saúde de um CAPS AD de uma cidade do interior paulista, sobre o seu trabalho desenvolvido diante da mulher que faz uso problemático de álcool e outras drogas, tendo como referencial teórico-interpretativo os conceitos de cotidiano e não cotidiano de Agnes Heller.

Os resultados apontaram que o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde do CAPS AD diante da mulher que faz uso problemático de substâncias psicoativas envolveu três dimensões: assistencial, educacional e administrativa. Porém, o trabalho realizado pelos profissionais de saúde da referida instituição também foi permeado por dificuldades em seu cotidiano.

O trabalho assistencial desenvolvido pela equipe foi predominantemente voltado para o público masculino, quando comparado ao feminino, porém as atividades realizadas para mulheres usuárias foram conduzidas por profissionais do gênero feminino. Apesar de a literatura salientar que o desenvolvimento de atividades com esta população específica deva ser realizada por profissionais mulheres, sendo uma das justificativas ser um dos fatores facilitadores para maior adesão ao tratamento, os profissionais identificaram, como uma das dificuldades no cotidiano laboral, uma baixa demanda e adesão das usuárias ao processo terapêutico. Tal contradição pode ser justificada, quando os resultados apontaram que as oficinas terapêuticas eram ofertadas em horários matutinos em que esta população necessitava estar em seus domicílios, organizando seus afazeres domésticos e/ou cuidando de seus filhos.

No âmbito assistencial, o acolhimento e a escuta qualificada foram intervenções reconhecidas e valorizadas pela maioria dos entrevistados como atividades primordiais para recepcionar as mulheres usuárias de substâncias psicoativas. Acolher e escutar a pessoa que busca ajuda constitui uma ação terapêutica e, portanto, possibilitou a criação de um momento e espaço singular para o processo relacional entre a usuária, família e profissional de saúde. No CAPS AD em estudo, houve um predomínio da concepção do acolhimento como etapa de trabalho que propõe a organização do trabalho centrado na usuária e na valorização da relação entre ela e o profissional de saúde.

A visita domiciliar e a busca ativa apesar de serem reconhecidas pela equipe de saúde como estratégias relevantes, ambas eram realizadas somente por dois profissionais da instituição e, predominantemente, direcionadas para usuários do gênero masculino. Porém, quando as trabalhadoras do serviço identificaram a ausência das usuárias mulheres no CAPS AD e ao mesmo tempo questionaram sobre a eficácia de suas ações na busca ativa, elas desencadearam um processo de reflexão sobre o seu próprio trabalho, possibilitando-lhes, mesmo de maneira discreta, romper com a cotidianidade do trabalho.

Na dimensão administrativa, a reunião de equipe foi uma estratégia de gestão coletiva identificada pelos profissionais de saúde, porém, a presença destes se limitou aos que estavam trabalhando com agenda na unidade. Compreende-se que tal fato pode desencadear um trabalho fragmentado e parcelado, em que as comunicações se tornam deficitárias, dificultando a elaboração de estratégias de intervenção terapêutica e planejamento do cuidado integral e interdisciplinar às usuárias mulheres, restringindo-se ao grupo de profissionais participantes da reunião.

No âmbito educacional, o CAPS AD consistiu em cenário prático de ensino-aprendizado, fortalecendo o processo de formação dos acadêmicos, profissionais de saúde bem como a articulação com a universidade. Este espaço permite às estagiárias de cursos de instituição de nível superior a adquirirem experiências e desenvolverem habilidades, competências e atitudes necessárias para sua prática profissional, durante a convivência com os profissionais e usuários do serviço, uma vez que participam ativamente das atividades sob a supervisão da profissional responsável.

As condições materiais, ambientais e humanas foram reconhecidas pela equipe de saúde como fatores dificultadores, durante o cotidiano do seu trabalho. As fragilidades encontradas na organização da rede de atenção psicossocial do município refletem o desenvolvimento do trabalho dos profissionais do CAPS AD, gerando sobrecarga física e emocional e, muitas vezes, desencadeando um distanciamento e estranhamento do produto de sua atividade. Apesar de este estudo demonstrar o predomínio de um trabalho pragmático, repetitivo e alienado, os profissionais vêm refletindo discretamente sobre o seu trabalho, na tentativa de

buscarem uma atividade laboral que tenha intencionalidade. Dessa maneira, compreende-se que o processo de trabalho da equipe de saúde do CAPS AD está em processo de discreta transição, ou seja, de um trabalho pragmático para um mais reflexivo.

As limitações deste estudo podem ser consideradas na dimensão do delineamento da pesquisa que, apesar de ser descritivo e permitir conhecer mais profundamente o fenômeno, não possibilita estabelecer generalizações dos seus resultados obtidos. Porém, os resultados poderão contribuir para a reflexão dos trabalhadores de saúde de serviços de atenção especializada de base comunitária sobre o trabalho desenvolvido com as mulheres usuárias de substâncias psicoativas, permitindo subsidiá-los para a compreensão deste trabalho e para a busca de alternativas inovadoras.

Compreende-se, também, que a percepção do trabalho desenvolvido com as mulheres usuárias foi apreendida somente pelo olhar dos profissionais de saúde do CAPS AD, o que suscita pesquisas futuras na busca das contradições ou não diante deste mesmo trabalho pela visão das usuárias de substâncias psicoativas do referido CAPS AD. Algumas questões consideradas importantes não foram exploradas neste estudo como, por exemplo, o processo relacional entre profissionais de saúde e as usuárias do serviço, o que contribuiria para melhor entendimento da população em estudo.

Diante desses resultados, percebe-se a importância de se apreenderem as dificuldades deste trabalho, buscando-se rever as estratégias que possam facilitar a adesão destas mulheres usuárias de substâncias psicoativas ao tratamento.

## ***REFERÊNCIAS***

---

## 7. REFERÊNCIAS

AGUIAR, D.O. **Narrativas de vida de mulheres alcoolistas**: contribuições para a prática da enfermeira no CAPS ad. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <[http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=719028&indexSearch=ID)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=719028&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=719028&indexSearch=ID)>. Acesso em: 12 jan. 2015.

AMARANTE, P. Loucura e ação cultural: desinstitucionalização e Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 49, 1997, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: ABEN/MG 1997, p. 289-308

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida**: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

AMBIÊNCIA. In: BVS- Biblioteca Virtual em Saúde. 2009. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/170\\_ambiencia.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/dicas/170_ambiencia.html)>. Acesso em 20 jan. 2015.

AMORIN, D.S.; GATTÁS, M.L.B. Modelo de prática interdisciplinar em área na saúde. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 40, n. 1, p. 82-4, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v40i1p82-84>>. Acesso em 20 set. 2015.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 8. ed. Editora da UNICAMP: Campinas, 2002.

ANTUNES, B. et al. Visita domiciliar no cuidado a usuários em um Centro de Atenção Psicossocial: relato de experiência. **Cienc Cuid Saude**, v. 11, n. 3, p. 600-04, 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/15416/pdf>>. Acesso em: 22 de jan 2015.



ANDRADE, A.T.; SOUSA, M.L.T.; QUINDERÉ, P.H.D. Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas: concepções dos trabalhadores de saúde. **Pesquisas e Práticas Psicossociais-PPP**, v. 8, n. 2, p. 166-175, 2013. Disponível em: <[http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/download/529/504+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/download/529/504+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em: 28 jan. 2015.

ASSIS, D.F.F.; CASTRO, N.T. Alcoolismo Feminino: início de beber alcoólico e busca por tratamento. **Texto & Contexto**, v. 9, n. 2, p. 358-370, 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7260/5795>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

AZEVEDO, D.M.; MIRANDA, F.A.N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS ad do município de Natal-RN: com a palavra a família - Estudo representacional da participação familiar nas atividades dos centros de atenção psicossocial no município de Natal-RN. **Esc. Anna Nery**, v. 14, n. 1, p. 56- 63, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000100009&lng=en.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100009&lng=en.)>. Acesso em: 13 jul. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2010.

BARROS, M.M.M. Atuação da Terapia Ocupacional no Centro de Atenção Psicossocial –CAPS Sobral-Ceará. **Revista Ceto**, v. 12, n. 12, p. 62-75. Disponível em: <<http://www.ceto.pro.br/revistas/12/12-11.pdf>>. Acesso em: 14 de jan. 2015.

BASTOS, F.I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. 224p. Disponível em: <

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/329786.pdf>>.

Acesso em: 20 dez. 2014.

BECK, J.S. **Terapia cognitiva-comportamental**: teoria e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 413 p.

BENEVIDES, D.S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface: Comunicação, saúde, educação**, v. 14, n. 32, p. 127-138, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832010000100011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 24 jan. 2015.

BERNARDY, C.C.F.; OLIVEIRA, M.L.F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 44, n. 1, p.11-17, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100002)>. Acesso em 20 jan. 2015.

BORDIN, S. et al. Dependência química na mulher, In: FIGLIE, N.B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2010. p. 395-404.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cad Saúde Pública.**, v. 24, n. 2, p. 456- 468, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/24.pdf>>. Acesso em: 26 jul. 2014.

BOURGUIGNON, L.N.; GUIMARÃES, E.S.; SIQUEIRA, M.M. A atuação dos enfermeiros nos grupos terapêuticos dos CAPS ad do estado do Espírito Santo. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 3, p. 467-473, 2010. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/18889/12198>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

BOWLING, A. Measuring social networks and social support. In: \_\_\_\_\_. **Measuring health: a review of quality of life measurement scale**. 2nd. ed.. Philadelphia: Open University Press, 2003. p. 91-110.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n.189 de 19 de Novembro de 1991. Dispõe sobre a aprovação de grupos e procedimentos da tabela SIH-SUS, na área de Saúde Mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 11 dezembro 1991.

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. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf)>. Acesso em: 18 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p.: il. color. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 56 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15\\_anos\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf) 34.>. Acesso em: 13 jul 2013

BRASIL. Lei n.11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas de repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 agosto 2006. Seção 1, p. 2-6.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Cartilha de Ambiência**. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**/ Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva- Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 236p. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_pratico\\_matriciamento\\_saudemental.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf)>. Acesso em: 11 jan. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 3088 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 (SUS). Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em 10 jan. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 615 de 15 de Abril de 2013**. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615\\_15\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html)>. Acesso em: 26 dez. 2014.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**/ Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. 312p.

BRUNELLO, E.T. Biomoralidade e estigma: um estudo antropológico sobre o alcoolismo feminino e a co- dependência familiar. In: SIMPÓSIO GÊNERO E POLÍTICAS PÚBLICAS, 2, 2011, Londrina. **Anais...** UEL, 2011. Disponível em: <<http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT%203%20-%20Eduardo%20Brunello.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

BULLOCK, K. Family social support. In: BOMAR, P.J. **Promotion health in families: Applying research and theory to nursing practice**. 3rd. ed. Philadelphia: Saunders, 2004. p. 143-161.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 57, n. 5, p.611-614, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

CAMPOS, C.J.G.; TURATO, E.R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 259-264, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_19.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2014.

CARAVEO-ANDUAGA, J.J.; COLMENARES-BERMÚDEZ, E.; SALAÍVAR-HERNÁNDEZ, G. Diferencias por género en el consumo de alcohol em la Ciudad de México. **Salud Pública Méx.**, v. 41, n. 3, p. 177-188, 1999. Disponível em: <

[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00366341999000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00366341999000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 abr. 2013.

CARLINI, E.A. et al. **I Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do País. São Paulo: Cromosete, 2002. 355 p.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País. São Paulo: Páginas & Letras, 2006. 472 p.

CESAR, B.A.L. Alcoolismo feminino: um estudo de suas peculiaridades. Resultados preliminares. **J. bras. psiquiatr.**, v. 55, n. 3, p. 208-211, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852006000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852006000300006)>. Acesso em: 12 jan. 2015.

CHAVES, L.D.P.; LAUS, A.M.; CAMELO, S.H. Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em unidades de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 3, p. 671-8, 2012 Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a25.htm>>. Acesso em: 26 dez. 2014.

CODO, W.. Um Diagnóstico do Trabalho (Em Busca do Prazer). In: TAMAYO, A.; ANDRADE, J.E.; CODO, W. (Org.). **Trabalho, Organização e Cultura**. São Paulo: Capital, 1997.

COIMBRA, V.C.C. **O Acolhimento no Centro de Atenção Psicossocial**. 2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica)- Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

CORTES, L.F. et al. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 16, n. 1, p. 84-92, 2014. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n1/pdf/v16n1a10.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a10.pdf)>. Acesso em: 12 jan. 2015.

COSTA, L.C. A estrutura da vida cotidiana: uma abordagem através do pensamento de Lukacsiano. **Emancipação**, v. 1, n. 1, p. 33-57, 2001. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/User/Downloads/22-109-1-PB.pdf>>. Acesso em: 26 dez. 2014.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p.13-44.

DEJOURS, C. Por um Trabalho Fator de Equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo. v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v33n3/a09v33n3>>. Acesso em 18 abr. 2014.

DELFINI, P.S.S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, supl. 1, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800021)>. Acesso em 17 jan. 2015.

DELGADO, P.G.G. et al. Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental:15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M.F.;MELLO, A.A.F, KOHN, R. (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 207 p.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. **Handbook of qualitative research**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2010.

DIAZ HEREDIA, L.P.; MARZIALE, M.H.P. El Papel de los profesionales en Centros de atención en Drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, na Colômbia. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, v. 18, n. spe, p. 573- 581, 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692010000700013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000700013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 jul. 2013.

DIDONET, A.C.H.; FONTANA, R.T. O trabalho com dependentes químicos: satisfações e insatisfações. **Rev Rene. Fortaleza**, v. 12, n. 1, p. 41- 48, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/107/pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2013.

DIOTTI, M.A. Grupo de familiares de pacientes do CAPS AD GCC. In: Salão de Ensino, 7., 2011, Porto Alegre. **Resumo...** Porto Alegre: UFRGS, 2011.

DOBIES, D.V.; FIORONI, L.N. A assistência em saúde mental no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. **Interface**, v. 14, n. 33, p. 285- 299, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jul. 2014.

DUARTE, N. **Educação escolar, teoria do cotidiano e a escola de vigotski**. Campinas: Autores Associados, 1996.

ELBREDER, M.F. et al. Perfil de Mulheres usuárias de álcool em ambulatórios especializados em dependência química. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 57, n. 1, p. 9- 15, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a03.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2013.

FARIA, J.G.; SCHNEIDER, D.R. O perfil dos usuários do CAPS- AD Blumenau e as Políticas Públicas em Saúde Mental. **Psicol. Soc.**, v. 21, n. 3, p. 324- 339, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822009000300005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 06 jun. 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. Estratégias para a mudança na formação dos profissionais de saúde. **Caderno CE**, v. 2, n. 4, p. 11-23, 2001.



FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1-13.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FONSECA, V.A.; LEMOS, T. Farmacologia na dependência química. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 25-34.

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 4, p. 532-7, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Rev Interface**, v. 11, n. 22, p. 239-55, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 18 dez. 2014.

GALERA, S.A.F.; LUIS, M.A.V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, n. 2, p. 141-7, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v36n2/v36n2a05>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M.A. Síndrome de Dependência do Álcool: Critérios Diagnósticos. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 26, n. Suple I, p. 11- 13, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a04v26s1.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2012

GONÇALVES, S.S.P.M.; TAVARES, C.M.M. Atuação do enfermeiro na atenção ao usuário de álcool e outras drogas nos serviços extra-hospitalares. **Esc. Anna Nery**, v.11, n. 4, p. 586- 592, 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452007000400005&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400005&lng=pt)>. Acesso em: 13 jul. 2013.

GRECO, C. **Grupo de acolhimento**: um dispositivo para facilitar a adesão ao tratamento. Campinas: UNICAMP, 2009. Disponível em: <[http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/cristina\\_greco\\_-\\_grupo\\_acolhimento.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/cristina_greco_-_grupo_acolhimento.pdf)>. Acesso em: 28 jan. 2015.

GUIMARÃES, L.A.M.; GRUBITS, S. Alcoolismo e violência em etnias indígenas: uma visão crítica da situação brasileira. **Psicol. Soc.**, v.19, n.1, p. 45-51, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822007000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100007)>. Acesso em: 06 jun. 2013.

GUITART, A.M. et al. Impacto del transtorno por consume de alcohol en la mortalidade: ¿ hay diferencias según la edad y el sexo?. **Gac. Sanit.**, v. 25, n. 5, p. 385- 390, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/gs/v25n5/original7.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

GUSMÃO, J.L.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento- conceitos. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006. Disponível em: < <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2014.

HAUSMANN, M. **Análise do processo de trabalho gerencial do enfermeiro em um hospital privado no município de São Paulo**: possibilidades para o gerenciamento do cuidado. 2006. 111f. Tese (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 258-65, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/08>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

HELLER, A. **O Cotidiano e a História**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972. 121 p.

HELLER, A. **Sociologia de la vida cotidiana**. 2. ed. Barcelona: Península; 1987.

HELLER, A. **O Cotidiano e a História**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

HOCHGRAF, P.B. **Alcoolismo feminino**: comparação de características sócio-demográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas. Tese (Doutorado)- Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

HOCHGRAF, P.B.; BRASILIANO, S. **Mulheres farmacodependentes: uma experiência brasileira**. 2004. Disponível em: < [http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/ac\\_128.htm](http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/ac_128.htm)>. Acesso em: 21 jan. 2015.

INOJOSA, R.M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos Fundap**, n. 2, p. 102-110, 2001. Disponível em: < [http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia\\_politicas\\_servicos\\_publicos.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/sinergia_politicas_servicos_publicos.pdf)>. Acesso em: 26 dez. 2015.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KANTORSKI, L.P.; MIELKE, F.B.; TEIXEIRA JÚNIOR, S. O trabalho do enfermeiro nos centros de atenção psicossocial. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6, n. 1, p. 87-105, 2008. Disponível em: < <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r199.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2015.

KANTORSKI, L.P. et al. Satisfação dos usuários do Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, supl. 1, p. 29-35, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/748.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

KAWAMOTO, E.E.; SANTOS, M.C.H.; MATOS, T.M. Enfermagem Comunitária: visita domiciliária. São Paulo: EPU, 1995.

LARANJEIRA, R. **Depressão & Abuso e Dependência do álcool (ADA)**. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD). Disponível em: < <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/texto/Depessao%20e%20abuso%20e%20dependencia%20do%20alcool.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2013.

LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento Nacional de álcool e drogas (LENAD)**. 2012. Disponível em: < <http://inpad.org.br/>>. Acesso em: 06 jun. 2013.

LARANJEIRA, R. et al. **LENAD Família- Levantamento Nacional de Famílias dos Dependentes Químicos**. 2014. Disponível em: < [http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/11/Familia\\_Apresentacao.pdf](http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/11/Familia_Apresentacao.pdf)>. Acesso em 20 jan. 2015.

LEAL, B.M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, n. 40, p. 87-101, 2013. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942013000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008)>. Acesso em: 10 jan. 2015.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LOPES, S.R.S. et al. Potencialidades da Educação Permanente para a Transformação das Práticas de Saúde. **Com. Ciências Saúde**, v.18, n.2, p.147-155, 2007. Disponível em: < [http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2007Vol18\\_2art06potencialidades.pdf](http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2007Vol18_2art06potencialidades.pdf)>. Acesso em 10 jan. 2016.

MACHADO, L.A. **Construindo a intersetorialidade**. 2009. Disponível em: <[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3K98Qo1aDp8J:portales.saude.sc.gov.br/index.php%3Foption%3Dcom\\_docman%26task%3Ddoc\\_download%26gid%3D3153%26Itemid%3D85+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3K98Qo1aDp8J:portales.saude.sc.gov.br/index.php%3Foption%3Dcom_docman%26task%3Ddoc_download%26gid%3D3153%26Itemid%3D85+%&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)>. Acesso em 26 dez. 2014.

MADEIRA, K.H. **Práticas do trabalho interdisciplinar na saúde da família: um estudo de caso**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009. Disponível em: <[http://www6.univali.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=666](http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=666)>. Acesso em: 28 jan. 2015.

MARANGONI, S.R.; OLIVEIRA, M.L.F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 3, p. 662-670, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300012)>. Acesso em: 20 jan. 2015.

MARIOTTI, M.C. et al. Estágio supervisionado em terapia ocupacional em um centro de atenção psicossocial CAPS II: Desafios para a assistência e para o processo de ensino-aprendizagem. **Cad. Ter. Ocup.**, UFSCar, v. 22, n. 2, p. 409-418, 2014. Disponível em: <<http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2014.062>>. Acesso em 16 jan. 2015.

MARLATT, G. A; DONOVAN, D.M. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, 385p.

MARTINS, S. P.O. **A Terceirização e o Direito do Trabalho**. 5. ed. Editora Atlas: São Paulo, 2001.

MARTINS, A.M.M.S. et al. Incidência de depressão em alcoolistas institucionalizados. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v. 9, n. 3, p. 149- 154, 2005. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/189/163>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

MATOS, E; PIRES, D.E.P.; CAMPOS, G.W.S. Relações de trabalho em equipes, interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 6, p. 863-9, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672009000600010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672009000600010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 16 jan. 2015.

MARX, K. **O Capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S.A., 1986. Livro 1, v.2.

MAYNART, W.H.C. et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paul Enferm.**, v.27, n.4, p. 300-04, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0300.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. **Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial**. Disponível em: <<http://www.eaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-08.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2015.

MINAYO, M.C.S. **Interdisciplinaridade na compreensão da violência e saúde**. Mimeo, 1991.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria SNAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992: estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 janeiro de 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria/GM nº 336 de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS iIII e CAPS ad II. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 fevereiro 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº.2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 outubro 2004.

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 (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dezembro 2011.

MONTEIRO, C.F.S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-AD do Piauí. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000100013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100013)>. Acesso em: 26 dez. 2014.

MORAES, E. et al. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 28, n. 4, p. 321- 325, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/nahead/2304.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2012.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 121- 133, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/16.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2013.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8.ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2000, 128p.

MORSE, J.M. Introducing qualitative health research. In: MORSE, J.M. **Qualitative health research:creating a new discipline**. USA, California:Left Coast Press INC. 2012. p.17-30.

NÓBREGA, M.P.S.S.; OLIVEIRA, E.M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Rev.Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 816-823, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26304.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2013.

OLIVEIRA, J.F. et al. Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 11, n. 4, p. 694- 698, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a22.pdf>>. Acesso em: 06 jun. 2013.

OLIVEIRA, E.N. ; SILVA, W.P.; ELOIA, S.C.; MORORÓ, F.W.P.; LIMA, G.F.; MATIAS, M.M.M. Caracterização da clientela atendida em Centros de Atenção Psicossocial -álcool e drogas. **Rev Rene**, v. 14, n. 4, p. 748-56, 2013. Disponível em: < <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/200>>. Acesso em 12 jan. 2015.

PALA, B. Il consumo alcolico femminile tra ricerca di parità e aumento del rischio: quale prevenzione? **Ann Ist Super Sanità**, v. 40, n. 1, p. 41-46, 2004. Disponível em: < <http://www.iss.it/binary/publ/publi/40141.1107854946.pdf>>. Acesso em: 13 Jul. 2013.

PASSOS, J.P.; CIOSAK, S.I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em uma Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 4, p. 463-8, 2006. Disponível em: < <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/277.pdf>>. Acesso em: 16 jan. 2015.

PATTO, M.H.S. O conceito de cotidianidade em Agnes Heller e a pesquisa em educação. **Perspectivas**, v. 16, p. 119- 141, 1993. Disponível em: < <http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/775>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

PAULA, M.; Peres, A.M.; BERNARDINO, E.; EDUARDO, E.A.; SADE, P.M.C.; LARROCA, L.M. Característica do processo de trabalho do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família.



**Rev Min Enferm**, Vv. 18, n.2, p. 454-462, 2014. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/939>>. Acesso em: 26 dez 2014.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família, na perspectiva da promoção da saúde. In: Seminário Estadual: o enfermeiro no programa de saúde da família, 1., 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde; 2000. p. 1-11.

PEIXOTO, C. et al. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de álcool e drogas (CAPS ad). **J Bras Psiquiatr.**, v. 59, n. 4, p. 317-321, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852010000400008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000400008)>. Acesso em: 22 dez. 2014.

PINHO, P.H.; OLIVEIRA, M.A.; ALMEIDA, M.M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Rev Psiq Clín**, v. 35, suppl.1, p. 82-88, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a17v35s1.pdf>>. Acesso em 26 jul. 2014.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: Avaliação de Evidências para a prática da Enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2011.

QUEIROZ, D.T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev enferm. UERJ**, v. 12, n. 2, p. 276- 283, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2013.

RIBEIRO, S. L. A criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo. **Psicol. cienc. prof.**, v. 24, n. 3, p. 92- 99, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jul. 2014.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Texto contexto - enferm.**, v. 13, n.3, p. 350-357, 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000300005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300005&lng=en)>. Acesso em: 16 abr. 2013.

ROCHA, F.L. Direito biomédico, neurociências e psiquiatria: aspectos teóricos e práticos. **Percurso Acadêmico**, v.3, n.5, p.145-55, 2013. Disponível em: < <http://periodicos.pucminas.br/index.php/percursoacademico/article/view/6064>>. Acesso em: 18 jan. 2016.

ROMANINI, M.; DIAS, A.C.G.; PEREIRA, A.S. Grupo de prevenção a recaídas como dispositivo para tratamento da dependência química. **Disc. Scientia**, v. 11, n. 1, p. 115-132, 2010. Disponível em; <[http:// http://sites.unifra.br/Portals/36/Saude/2010/11.pdf](http://sites.unifra.br/Portals/36/Saude/2010/11.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2015.

RONZANI, T. M.; ANDRADE T. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In: SENAD. Sistema para Detecção de Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas, Brasília, DF: SENAD; 2006, p. 25-32.

SANTOS, J.A.T; OLIVEIRA, M.L.F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **J Nurs Health**, v. 1, n. 2, p. 82- 93, 2012. Disponível em: < <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/viewFile/3449/2834>>. Acesso em: 26 jul. 2014.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial:uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: HUCITEC, 1996, p. 13-18.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300027)>. Acesso em 12 jan. 2015.

SCHNEIDER, A.R.S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/4843/5389>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

SCHRANK, G.; OLSCHOWSKY, A. O centro de atenção psicossocial e as estratégias para a inserção da família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 127-34, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/69671/000632043.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 dez 2014.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. **Agente Comunitário de Saúde: o ser, o sabe, o fazer**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

SILVA, D. S. **Gênero e Assistência às usuárias de álcool e outras drogas: tratamento ou violência?** 2005. Tese (Mestrado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Pontífica Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <[http://www.maxwell.lambda.ele.pucRio.br/Busca\\_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=7684@1&msg=28#](http://www.maxwell.lambda.ele.pucRio.br/Busca_etds.php?strSecao=resultado&nrSeq=7684@1&msg=28#)>. Acesso em: 06 jun. 2013.

SILVA, M.A. **Do início do contato com substâncias psicoativas ao momento de buscar ajuda para livrar-se da dependência (PAP)**. 2009. 50f. Monografia apresentada ao programa de aprimoramento profissional-Secretaria de Estado da Saúde, São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/sus-20581>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

SILVA, E.A., COSTA, I.I. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, v. 13, n. 4, p. 635-647, 2010 .

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142010000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 Jan. 2015.

SILVA, P.L. **Mulheres usuárias de substâncias psicoativas**: barreiras de acessibilidade em um CAPS ad. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)-Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16246/1/DISS%20MP%20PATRICIA%20LINS%20SILVA%202012.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2015.

SOARES, R.D. et al. O papel da equipe de enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 110- 115, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000100016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452011000100016&script=sci_arttext)>. Acesso em: 06 jun. 2013.

SOUSA, V.D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I.A.C. An overview of research designs relevant to nursing: Qualitative designs. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 684- 688, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/v15n3a22>>. Acesso em: 18 abr. 2014.

SOUZA, J.G.; LIMA, J.M.B; SANTOS, R.S. Alcoolismo Feminino: subsídios para a prática profissional da Enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v, 12, n. 4, p. 622-629, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000400003&script=sci_arttext)>. Acesso em 16 abr. 2013.

SOUZA, D.R.P.; SOUZA, M.B.B. Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. **Rev. Elet. Enf.**, v. 11, n. 1, p. 117-23, 2009. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n1/pdf/v11n1a15.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a15.pdf)>. Acesso em: 10 jan. 2015.

THIESEN, J.S. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Rev. Bras. Educ.**, v. 13, n. 39, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782008000300010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782008000300010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 jan. 2015.

TRAPÉ, T.L. **O agente comunitário de saúde e a saúde mental**. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 2010. Disponível em: <[http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/dissertacao\\_trapethiago\\_0.pdf](http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/dissertacao_trapethiago_0.pdf)>. Acesso em: 16 jan. 2015.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. Petrópolis, Rio de Janeiro:Vozes, 2003.

VARGAS, C.R.M.; DYTZ, J.L.G. Women situation of alcohol abuse or dependence exploring similarities. **Tempus Acta de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, 2010. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/941>>. Acesso em: 21 jan. 2015.

VASCONCELOS, V.C. Trabalho em equipe na Saúde Mental: o desafio da interdisciplinaridade em um CAPS. **SMAD**, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38712/41563>>. Acesso em: 24 jan. 2015.

VASTERS, G.P., PILLON, S.C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, 8 telas, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_13.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_13.pdf)>. Acesso em: 24 jan. 2015.

VIEIRA, H.A.C.C. **Família e drogadição: compreendendo o padrão de relacionamento de uma família com um membro dependente químico**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2005. Disponível em:

<[http://www.bdttd.ucb.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=411](http://www.bdttd.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=411)>. Acesso em: 18 dez 2014.

XAVIER, R.T.; MONTEIRO, J.K. Tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas nos CAPS ad. **Psic. Rev. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 61-82, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/16658/12511>>. Acesso em 11 jan. 2015.

WILLIG, M.H. et al. Gerenciamento e cuidado em Unidades de Hemodiálise. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 2, p. 177-82, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a11.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2014.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 4. ed. São Paulo: Roca, 2008.

WOLLE, C.C.; ZILBERMAN, M.L. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. (Col.). **Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.372-82.

***ANEXOS***

---

## 8. ANEXOS

### 8.1 ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa: O trabalho da equipe do CAPS ad no atendimento às mulheres em uso problemático de substâncias psicoativas.
2. Você foi escolhido (a) por ser trabalhador (a) de saúde do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas. Sua participação não é obrigatória.
3. O objetivo geral desta pesquisa consiste analisar o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde de um CAPS ad de uma cidade do interior paulista, diante da mulher que faz uso problemático de álcool e outras drogas.
4. Sua participação contribuirá para o processo reflexivo dos trabalhadores de saúde sobre os seus saberes e práticas relacionados ao atendimento à mulher que faz uso problemático de substâncias psicoativas. Desta forma estará colaborando com a produção de conhecimento desta temática. Não haverá nenhum benefício direto à sua pessoa.
5. Sua participação nesta pesquisa será em responder as perguntas durante uma entrevista individual e ser observado durante o desenvolvimento de seu trabalho. As entrevistas serão gravadas com uso de gravador.
6. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar sua participação.
7. Se você não quiser participar, isso não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras, Universidade Federal de São Carlos ou serviço de saúde.
8. Este estudo não deve oferecer qualquer despesa ou desconforto para você. Esta pesquisa não envolve procedimentos invasivos, no entanto, há possibilidade de riscos, tais como: você se sentir ansioso e constrangido diante da entrevista gravada e observação, ou mesmo preocupado com a garantia do sigilo. Com relação à ansiedade e constrangimento, as pesquisadoras além de explicitarem todos os procedimentos éticos, também terão uma postura empática e acolhedora durante o procedimento de coleta, realizando as entrevistas em local privativo. Quanto ao sigilo, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos que seu nome não será divulgado.
9. Caso se perceba qualquer risco ou dano à sua pessoa, não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa poderão ser imediatamente suspensas. A qualquer momento estaremos à sua disponibilidade para esclarecimentos com relação à pesquisa.
10. Os resultados dessa pesquisa serão apresentados em Congressos da área e publicados em revista científica, garantindo-se sempre o sigilo dos participantes.
11. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço das pesquisadoras, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Aluna: Mariane Fabiani Ciccilini  
 Mestranda do Programa de Pós-Graduação em  
 Enfermagem - UFSCar  
 Telefone: (16) 98866-7630

---

Profa.Dra. Sonia Regina Zerbetto  
 Rodovia Washington Luís, Km 235  
 Monjolinho –São Carlos - SP-CEP 13565-905  
 Departamento de Enfermagem  
 Telefone (16) 3351- 9449

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Local e Data: \_\_\_\_\_

---

Sujeito da Pesquisa



## 8.2 ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** "O TRABALHO DA EQUIPE DO CAPS-AD NO ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM USO PROBLEMÁTICO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS"

**Pesquisador:** Mariane Fabiani Cicollini

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 20832613.4.0000.5504

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 396.388

**Data da Relatoria:** 10/09/2013

#### Apresentação do Projeto:

O consumo de drogas lícitas e ilícitas entre as mulheres tem aumentado de forma considerável, tornando-se uma grande preocupação aos gestores e um problema de saúde pública. Em relação aos serviços especializados para atendimento a este grupo populacional encontram-se os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad). Observa-se que há uma baixa adesão de mulheres usuárias de substâncias psicoativas (SPAs)

nesses centros, o que gera a necessidade de se conhecer o cotidiano de trabalho da equipe do CAPS ad no que tange as ações e intervenções realizadas, além de que há poucos estudos abordando o trabalho desenvolvido neste local com essa população específica. Este estudo tem por objetivo analisar o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde de um CAPS ad de uma cidade do interior paulista diante da mulher que faz uso problemático de álcool e outras drogas. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, seguindo como referencial teórico os conceitos de trabalho, cotidiano e não cotidiano de Agnes Heller. A coleta de dados dar-se-á por meio da entrevista semi-estruturada e da Observação

Participante. A análise dos dados será pela técnica de análise de conteúdo, categoria temática, descrito por Bardin. Espera-se que este estudo possa contribuir para o processo reflexivo do trabalho da equipe de saúde que presta assistência a essas mulheres no que diz respeito a seus

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**CEP:** 13.565-905

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 306.388

saberes e práticas, possibilitando um cuidado diferenciado, personalizado, eficiente e eficaz.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde de um CAPS ad de uma cidade do interior paulista, diante da mulher que faz uso problemático de álcool e outras drogas.

**Objetivo Secundário:**

1- Descrever as atividades e intervenções desenvolvidas pela equipe de saúde do CAPS ad às mulheres que abusam e são dependentes de álcool e drogas; 2- Apreender os saberes da equipe de saúde que permeiam esse trabalho; 3- Identificar as dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde no processo de desenvolvimento do seu trabalho a esta população específica; 4- Apreender as contradições existentes no trabalho desenvolvido pela equipe de saúde do CAPS ad às mulheres que fazem uso problemático de substâncias psicoativas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Adequado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa relevante para área em questão.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Adequados.

**Recomendações:**

Vide conclusões.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado. Segue a Resolução 466/12.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 396.388

SAO CARLOS, 16 de Setembro de 2013

---

Assinador por:  
Maria Isabel Ruiz Beretta  
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.595-905  
UF: SP Município: SAO CARLOS  
Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br

## 8.2 ANEXO C- TERMO DE AUTORIZAÇÃO



### Prefeitura Municipal de São Carlos

Secretaria Municipal de Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial

Rua 9 de Julho, 1599 – São Carlos-SP  
CEP: 13560-042– Fone (16) 3371 1716 / 3372 8193

#### PARECER Nº 62/2013

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado: **“O trabalho da equipe do CAPS AD no atendimento às mulheres em uso problemático de substâncias psicoativas”**, a ser desenvolvido pela mestrandia Mariane Fabiani Cicilini do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSCAR, sob orientação da Prof. Dra. Sonia Regina Zerbetto, tendo como objetivo geral analisar o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde do CAPS AD diante da mulher que faz uso problemático de álcool e outras drogas.

Considerando que a metodologia proposta apresenta mínimo risco aos participantes, tendo em vista que será seguido um roteiro semi-estruturado para a condução de entrevistas, que há a preocupação quanto ao sigilo das informações e que a pesquisadora tomará as devidas condutas para minimizá-lo, no sentido de ocultar e não divulgar os nomes dos sujeitos da pesquisa; e que os resultados certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Escola de Saúde em nosso município, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- Considerando que o Projeto apresentado aponta que a coleta de dados será realizada junto aos profissionais de saúde do CAPS AD, caso haja necessidade de utilização do espaço da Unidade para o desenvolvimento de alguma das etapas do trabalho, as atividades deverão ser pactuadas de forma a não causar prejuízos ao cotidiano da equipe;
- A pesquisadora deverá se apresentar a gestão da Unidade e à Equipe portando cópia deste parecer;
- O trabalho de campo deste Projeto somente poderá ser iniciado após Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa e com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes e,
- Após a conclusão do projeto os resultados deverão ser enviados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 21 de Agosto de 2013.

Michelle Miojín Libero

Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial  
Secretaria Municipal de Saúde – São Carlos - SP

## *APÊNDICES*

---

## 9. APÊNDICES

### 9.1 APÊNDICE A- ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA

Entrevista n°:\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Idade: Sexo: Religião:

Formação profissional:\_\_\_\_\_

Qualificação profissional (cursos, especialização entre outros):\_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional na área de saúde:\_\_\_\_\_

Tempo de experiência profissional na área de saúde mental: \_\_\_\_\_

Tempo de atividade no CAPS ad:\_\_\_\_\_

1. Descreva o cotidiano do seu trabalho no CAPS ad.
2. Quais são as atividades e intervenções que o (a) senhor (a) realiza com as mulheres que fazem uso problemático de álcool e outras drogas? Como você as desenvolve?
3. Quais são as dificuldades que o (a) senhor (a) encontra no desenvolvimento deste trabalho?
4. Gostaria de acrescentar alguma outra informação?

## **9.2 APÊNDICE B- OBSERVAÇÃO**

01- Quais as atividades e intervenções desenvolvidas neste trabalho?

02- Quais os recursos disponíveis (materiais, humanos, físicos)?