



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Daniela Portela de Oliveira

LEVANTAMENTO DOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO NO CAPS AD III DE PALMAS – TO

Palmas – TO

2018

Daniela Portela de Oliveira

LEVANTAMENTO DOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO NO CAPS AD III
DE PALMAS – TO

Monografia elaborada e apresentada como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof^ª. Me. Lauriane dos Santos Moreira.

Palmas – TO

2018

Daniela Portela de Oliveira

LEVANTAMENTO DOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO NO CAPS AD III
DE PALMAS – TO

Monografia elaborada e apresentada como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Prof^ª. Me. Lauriane dos Santos Moreira

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Me. Lauriane dos Santos Moreira

Orientador

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof^ª. Dra. Ana Beatriz Dupré Silva

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof^ª. Me. Ana Letícia Covre Odorizzi Marquezan

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2018

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MTSM	Movimento do Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleos de Atenção Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDI	Psiquiatria Democrática Italiana
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SNDM	Serviço Nacional de Doenças Mentais
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma dos procedimentos da pesquisa.....	28
Figura 2: Resultado da questão 1.....	33
Figura 3: Resultado da questão 3.....	33
Figura 4: Resultado da questão 15.....	34
Figura 5: Resultado da questão 5.....	34
Figura 6: Resultado da questão 11.....	35
Figura 7: Resultado da questão 10.....	35
Figura 8: Resultado da questão 12.....	36
Figura 9: Resultado da questão 14.....	37
Figura 10: Resultado da questão 9.....	37
Figura 11: Resultado da questão 2.....	38
Figura 12: Resultado da questão 7.....	39
Figura 13: Resultado da questão 6.....	40
Figura 14: Resultado da questão 13.....	40
Figura 15: Resultado da questão 17.....	41
Figura 16: Resultado da questão 18.....	42
Figura 17: Resultado da questão 4.....	42
Figura 18: Resultado da questão 8.....	43
Figura 19: Resultado da questão 16.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Profissionais da equipe multiprofissional efetivos no CAPS AD III.....	24
Tabela 2: Participantes da pesquisa.....	25
Tabela 3: Afirmativas do questionário agrupadas por tema.....	27
Tabela 4: Respostas dos psicólogos levantadas nas questões abertas.....	44
Tabela 5: Respostas dos assistentes sociais levantadas nas questões abertas.....	45

RESUMO

OLIVEIRA, Daniela Portela de. LEVANTAMENTO DOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO NO CAPS AD III DE PALMAS – TO. 76 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II). Curso de bacharelado em Psicologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA). Palmas -TO, 2018.

As práticas realizadas no modelo de assistência oferecido na área da saúde mental vêm se transformando desde o fim da década de 1970, quando se iniciou o processo da reforma psiquiátrica no Brasil, passando de um padrão hospitalocêntrico, de visão biologicista, a um modelo assistencialista que presta atenção para o indivíduo como um todo. Desse modo, essa pesquisa qualitativa teve como finalidade principal descrever quais as práticas de cuidado aos usuários que prevalecem entre os profissionais de psicologia e assistência social do CAPS AD III de Palmas - TO, considerando o modelo biomédico e o biopsicossocial. Para tanto, foi feita a pesquisa sobre o levantamento dos modelos de assistência ao usuário no CAPS AD III de Palmas – TO, tomado como referência os dados levantados por meio de questionário e observação *in loco*, os quais foram analisados à luz da Política Nacional de Saúde Mental e dos modelos de saúde-doença identificados, concluindo-se que há divergências entre as maneiras de agir dos profissionais e o que é estabelecido pela política, bem como dissonância em seus modelos de assistência.

Palavras-chave: CAPS. Reforma psiquiátrica. Saúde mental. Saúde-doença.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
2.1 MODELO BIOMÉDICO E BIOPSISSOCIAL NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA.....	11
2.2 A HISTÓRIA DA LOUCURA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL....	16
3 METODOLOGIA.....	23
3.1 DESENHO DO ESTUDO	23
3.2 LOCAL DA PESQUISA	23
3.3 PERÍODO E REALIZAÇÃO DA PESQUISA	26
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
3.5 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO	27
3.5.1 Critérios de Inclusão	27
3.6 MATERIAIS E INSTRUMENTOS	27
3.7 PROCEDIMENTOS.....	28
3.8 ASPECTOS ÉTICOS	30
3.8.1 Riscos.....	31
3.8.2 Benefícios	31
3.8.3 Desfechos.....	31
3.8.3.1 <i>Primários</i>	31
4. RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
4.1 ANÁLISE DAS QUESTÕES FECHADAS	30
4.2 ANÁLISE DAS QUESTÕES ABERTAS	43
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48
ANEXOS	51
APÊNDICES	62

1 INTRODUÇÃO

A concepção de saúde e doença foi sendo modificada através dos séculos, de acordo com a organização cultural, biológica e social de cada época, sendo até os dias atuais interpretada de maneiras diferentes, segundo a subjetividade e o contexto de cada indivíduo, carregando consigo variações nas formas de prevenção, proteção e tratamento. Esse cenário acarretou uma enorme complexidade e discussão ao longo dos tempos.

No decorrer da história, os entendimentos sobre saúde-doença, caminharam do sobrenatural para o natural, chegando ao social, e assim então passando a se ver o sujeito como ser integral, que necessita de um equilíbrio físico e emocional, e que sofre interferências de seu ambiente e suas percepções. A saúde mental, visada pela psicologia, é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional do indivíduo, utilizada para atingir a resiliência psicológica, portanto o conceito de saúde mental é mais amplo que a simples ausência de transtornos mentais (SEVALHO, 1993).

Quando a saúde mental passou a chamar atenção no Brasil verificou-se que suas práticas eram excludentes e opressoras, e ocorriam de forma automática e arbitrária, voltada para qualquer pessoa que estivesse em desacordo com as normas impostas pela sociedade, ou apenas fosse desagradado para alguém mais poderoso. Sofrendo inúmeras críticas e denúncias, este modelo assistencial começou a ser repensado e mudado. Por volta de 1970, as novas práticas deram início a Reforma Psiquiátrica em que se propôs a compreensão dos indivíduos como um todo, abrangendo as esferas biológicas, psicológicas, sociais e culturais (AMARANTE, 2001).

Surgem assim, as políticas públicas de saúde mental, que propõem uma visão mais humanizada e digna do indivíduo, criando novas instituições que prestam serviço em três níveis de complexidade de atenção, os quais tem como função a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e sua reinserção social, opondo-se às violências impostas nos manicômios que seguiam a lógica mecanicista e medicalizante, além do isolamento dos chamados loucos.

Em Palmas – TO, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas foi implantado no ano de 2008, e em 2012 a equipe multiprofissional que atuava no CAPS AD, foi qualificada para as adaptações ao processo de transformação do centro em CAPS AD III (24 horas), onde o acompanhamento consiste em três etapas: ambientação, aprofundamento no sentido de vida e reintegração ao meio social. Em agosto de 2017 foi inaugurada uma nova sede própria para o CAPS AD III em Palmas, o qual está atendendo em média 600 pessoas

por mês, das quais 300 estão estabilizadas (ou diminuíram o uso de álcool ou estão completamente abstinentes).¹

Nesta pesquisa foi levantado qual o modelo de assistência ao usuário é utilizado pelos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas, CAPS AD III, da cidade de Palmas, classificado na rede como sendo de atenção secundária dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). Também foi analisado se as práticas destes profissionais estavam de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental, para responder ao problema, “As práticas dos profissionais de nível superior do CAPS AD III de Palmas – TO no processo saúde-doença dos usuários prevalecem de acordo com o modelo biomédico ou modelo biopsicossocial?”.

Este estudo tem como objetivo geral descrever quais as práticas de cuidado aos usuários prevalecem entre os profissionais do CAPS AD III de Palmas – TO, e por objetivos específicos, discutir o processo saúde-doença na perspectiva biomédica e biopsicossocial, apresentar a perspectiva de saúde mental defendida pela Política Nacional de Saúde Mental e verificar se as práticas promovidas pelos profissionais de nível superior do CAPS AD III estão de acordo com o que está previsto nela.

Tal estudo se justifica porque a reforma psiquiátrica é um processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias, o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria, que surgiu no Brasil a partir da emergência da democracia, no fim da década de 1970, estando ainda em pleno processo, que exige mudanças socioculturais profundas e de longo prazo (AMARANTE, 2001).

Antes do movimento em favor da luta antimanicomial, os hospitais psiquiátricos eram considerados grandes depósitos de seres humanos que passavam por algum sofrimento psíquico, e lá passavam por inúmeras violações dos seus direitos, portanto o movimento clama para um posicionamento do Estado, com o intuito de que os internos sejam reconhecidos como pessoas detentoras de direitos, dando fim ao modelo hospitalocêntrico, de visão biologicista e reducionista, em função de um modelo assistencialista que presta atenção para o indivíduo como um todo, sua família e sua comunidade.

Desse modo, este trabalho teve como finalidade principal, o levantamento das práticas assistenciais que os profissionais do CAPS AD III utilizam, e em contrapartida foi observado se os seus atos estão de acordo com seus ideais e a política nacional de saúde mental, ou, se

¹ <http://www.palmas.to.gov.br/secretaria/saude/noticia/1504801/prefeitura-inaugura-caps-ad-iii-nesta-segunda-05/2008>.

eles já estão contaminados pelo sistema, e encontram dificuldades para sair da comodidade do modelo biomédico.

Assim sendo, fez-se importante identificar as mudanças já efetivadas, seus êxitos e fracassos, possibilitando aos participantes da pesquisa reconhecer melhor o modelo de atuação que está exercendo, proporcionando reflexões sobre seu comportamento para elaboração de novas estratégias de ação que melhore a qualidade do serviço.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 MODELO BIOMÉDICO E BIOPSIKOSSOCIAL NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

A saúde e a doença fazem parte da condição humana, envolvem sentimentos, crenças e valores que o sujeito tem de si mesmo e dos males que o acometem, por isso desperta a atenção do ser humano desde a Antiguidade, e em cada época apresentaram-se maneiras singulares de lidar com esses elementos, desde a prevenção, passando pela promoção até os tratamentos possíveis (SEVALHO, 1993; ORNELLAS, 1999; PRATTA; SANTOS, 2009).

Os conceitos de saúde e doença vão se modificando ao longo do tempo com influências sofridas pelo processo de organização cultural, biológica e social. Nessa perspectiva, percebe-se que o desenvolvimento desses elementos muda de acordo com os saberes do ser humano sobre si mesmo e a natureza (ORNELLAS, 1999).

As primeiras representações de saúde e doença tinham uma perspectiva sobrenatural e religiosa, as quais o ser humano pouco ou nada podia fazer. Foi só no século V a. C. que a concepção de doença estabeleceu uma passagem do sobrenatural para o natural, através da perspectiva humoral de Hipócrates e seus seguidores (SEVALHO, 1993; ORNELLAS, 1999; PRATTA; SANTOS, 2009; CARLOS NETO; DENDASCK; OLIVEIRA, 2016)

Na visão de Hipócrates, o ser humano era constituído de quatro humores corporais, e cada um era instituído de uma qualidade específica da natureza. De acordo com Cairus e Ribeiro (2005 *apud* PRATTA; SANTOS, 2009, p. 204), “dentro dessa visão, a saúde resultaria da harmonia, do equilíbrio entre esses quatro humores e, por outro lado, a doença teria origem no excesso ou na escassez de um deles, ou ainda na falta de mistura dos mesmos no organismo, sendo a cura ligada à busca do equilíbrio”.

Portanto, a medicina de Hipócrates expõe uma percepção individual da doença, em que cada ser apresenta de forma diferente sua cura e a manutenção de sua saúde. Com isso surgiram os primeiros fármacos que eram receitados de forma personalizada para uma pessoa, pois um mesmo remédio dependendo da dosagem agia como veneno (PRATTA; SANTOS, 2009).

No final da Antiguidade e durante toda a Idade Média (século V ao XV), devido à grande influência da Igreja Católica, retoma-se a visão sagrada da doença, porém paralelamente continuava-se vendo a doença como manifestações e alterações globais do organismo na sua interação com o meio físico e social (QUEIROZ, 1986 *apud* PRATTA; SANTOS, 2009).

Nesse período, os hospitais do ocidente eram casas de assistência e abrigo aos pobres e peregrinos, e servia principalmente de instrumentos de separação e exclusão que serviam para isolar os doentes do restante da população, e prestar ajuda a manutenção desses locais servia como caridade, e salvação da alma dos benfeitores, pois já se tinha nesse período a divisão corpo e mente, na qual o corpo era receptáculo da alma e precisava ser purificado, e era isto que se fazia nestes lugares (SEVALHO, 1993).

De acordo com a concepção de Sevalho (1993); Ornellas (1999); Pratta; Santos (2009); e Carlos Neto; Dendasck e Oliveira (2016), após a epidemia de peste negra no final da Idade Média, quando se passou a ter conhecimento de doença contagiosa, gerando um grande medo da morte, desenvolveu-se uma ciência moderna, a qual exigiu uma organização sistemática do conhecimento delimitada por observação, descrição e a classificação, dando início a uma nova concepção de doença baseada em obras empiristas, uma vez que:

O individualismo, a criatividade, a laicização do saber, foram a ambientação cultural de onde emergiu o racionalismo científico, base da ciência moderna, modelado no empirismo indutivo e no racionalismo dedutivo mecanicista de Francis Bacon e de René Descartes (SEVALHO, 1993, p.355).

Esse novo entendimento de doença, segundo Ornellas (1999), foi concebido através de dois importantes elementos, o empirismo clínico, que se apoia na observação, que passa a ser o ponto de partida do conhecimento da doença seguida pela razão, e a partir dessa visão mais racional da doença, com a explanação do sinal físico/sintoma, foi desenvolvido um sistema de classificação das doenças, agudas e crônicas, a partir de uma realidade concreta que é ainda hoje utilizada. Sendo assim as ideias da experiência e as práticas terapêuticas de intervenção começaram a se adequar ao que passa a ser chamado de pensamento moderno.

A partir do século XVII os desenvolvimentos da ciência, principalmente da biologia, foram acompanhados pela medicina, gerando uma concepção mecanicista da vida apoiada na anatomia como ponto de referência, o que passou a efetivar a atuação dos médicos, que começaram a ver o corpo humano como uma máquina passível de reparos através de intervenções específicas e pontuais da medicina. Portanto a função do médico era de proporcionar os reparos físicos e químicos necessários para o funcionamento correto desta máquina (PRATTA; SANTOS, 2009).

Desse modo, os médicos deixaram de considerar qualquer aspecto psicológico, social ou ambiental, passando a ter uma visão reducionista da doença, dando início ao modelo biomédico, no qual há uma objetificação do corpo e das próprias doenças. A doença então

passou a ser o foco de interesse, dotada de objetividade, cuja causa era orgânica, gerando uma certa desumanização do homem na sociedade, contexto em que não se levava em consideração a subjetividade dos indivíduos. Assim sendo, a saúde se expressa pela ausência de sintomas e dos signos perceptíveis de uma patologia, ou seja, saúde consiste na ausência de doença e a cura é constituída pela cessação dos sintomas (ORNELLAS, 1999).

Com isto, ainda segundo Ornellas (1999), entre os séculos XVII a XVIII, se estabeleceriam as bases da anatomia patológica, realizando-se inúmeras autópsias, conclui-se que as doenças resultam de alterações nos órgãos e descrevendo-se diversos tipos de lesões, o que mais tarde, se daria como substrato anatomopatológico de muitas doenças.

Em meados do século XIX, na Europa, com o início do capitalismo industrial, houve um crescimento desordenado das cidades e dos núcleos de trabalhadores, gerando graves problemas sociais, e a partir desse momento teve uma decadência na saúde pública, devido a condições precárias de trabalho e habitação, falta de saneamento básico, tratamento inadequado de água, evidenciando a influência do contexto social na saúde da população. Foi a partir desse momento que se iniciou a preocupação com a influência das condições de vida na saúde do indivíduo, havendo assim a emergência da medicina social (SEVALHO, 1993).

A questão de saúde não era mais vista apenas como uma contraposição da doença, mas como algo mais amplo e complexo, que não dependia exclusivamente de uma questão biológica, passando a ser encarada como um processo dinâmico inerente a condição humana, que se manifesta na presença de diversos fatores, podendo ser esses de ordem psicológicos, sociais, políticos, econômicos e ambientais (PRATTA; SANTOS, 2009).

O conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde em 1946 (OMS), conforme apontado por Motta (s/d) define que saúde não consiste apenas na ausência não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade, e sim num estado completo de bem-estar físico, mental e social passando a ser vista como um processo em constante transformação, encarada como um fenômeno multidimensional. Assim sendo,

Propõe-se, conseqüentemente o modelo biopsicossocial, o qual traz a ideia de integração, considerando saúde uma produção social, ou seja, como algo que tem relação com o biológico, mas que depende de uma série de outros determinantes sociais que estão implicados na vida de cada ser humano, como cultura, lazer, transporte, alimentação, educação, trabalho, saneamento básico entre outros. Esses determinantes são coerentes com uma discussão sobre melhoria na qualidade de vida, encarando a própria saúde como expressão dessa qualidade (MENDES, 1996 *apud* PRATTA; SANTOS, 2009, p. 208).

Dentro dessa nova visão, o paciente passou a ser visto como sujeito ativo, integral, autêntico, com necessidades e valores, logo o processo saúde-doença passa a considerar questões subjetivas, ou seja, a subjetividade volta à cena. Portanto a condução de um programa terapêutico para um indivíduo depende e exige uma avaliação individual, não havendo um modelo único de prevenção, promoção e tratamento adequado para todos (ORNELLAS, 1999; PRATTA; SANTOS, 2009).

Refletindo sobre as características da promoção da saúde, para que ela realmente ocorra, é preciso romper com o padrão cientificista, buscando estratégias para a transformação das situações de desigualdade através da educação, além de instrumentalizar o indivíduo com informações, dando condições e capacitando-o para que ele tenha uma vida saudável, levando-o a se sentir parte importante do contexto em que vive (PRATTA; SANTOS, 2009).

Porém desde a implantação até os dias atuais, para alguns autores o conceito de saúde segundo a OMS tem caráter utópico, porque, segundo Dejours (1986, p.7), “um estado completo de bem-estar” não existe; é impossível de se definir o que é bem-estar, portanto “é qualquer coisa sobre a qual temos uma ideia” e a saúde “é antes de tudo um fim, um objetivo a ser atingido, não se trata de um estado de bem-estar”.

Outra questão criticada pelo autor acima é que o bem-estar tem que ser avaliado do ponto de vista de cada pessoa, pois a subjetividade está implícita em todas as áreas da vida. Isso quer dizer que, conforme Lunardi (1999), sua visão de mundo é individual, e compreende o contexto no qual está inserido, suas condições de vida, suas crenças e costumes, e isto afeta sua definição própria de saúde e bem-estar, questionando, portanto, a perspectiva da OMS.

Segundo Motta (s/d), a importância dada ao lado psíquico da saúde cresceu devido à época agitada em que vive o mundo, descobriu-se que existem doenças que são desencadeadas por uma situação afetiva difícil, por uma espécie de impacto psíquico, este processo é chamado de psicossomática e consiste nas relações que existem entre o que se passa na cabeça das pessoas e o funcionamento de seus corpos.

A realidade social dos sujeitos é outro fator que interfere no bem-estar do indivíduo, esta, depende do ajustamento as exigências do meio e fundamentalmente das condições socioeconômicas do agrupamento humano onde se vive, da distribuição da riqueza circulante, da oportunidade que se ofereça ao indivíduo para que tome parte no esforço organizado da comunidade, é mais coletiva do que individual, necessita de relações humanas satisfatórias na família, no trabalho e na comunidade (MOTTA, s/d).

Lunardi (1999) concluiu que o conceito de bem-estar está equivocado e inapropriado por não constituir uma definição precisa, e os três fatores que este estado de completo bem-estar abrange pela OMS, são subjetivos e estão em constante mudança.

2.2 A HISTÓRIA DA LOUCURA E A POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

Um indivíduo demente, fora de controle, sem coerência e que perdeu a razão é tido como louco, e seu estado ou condição é definido no dicionário (CEGALLA, 2005) como, loucura, um fenômeno relatado desde a Antiguidade Clássica, quando pela influência religiosa era tratada como manifestação mítico-religiosa, sobrenatural, motivada por deuses e demônios, portanto a loucura era encarada como abandono total à vontade obscura de Deus, o que funcionava como um mecanismo de defesa, acarretando irresponsabilidade aos homens, que faziam uso do álcool para conseguir suportar essas possessões (FOUCAULT, 1972; CHERUBINI, 2006; MILLANI; VALENTE, 2008).

Já no período Renascentista, segundo Foucault (1972), os ditos loucos eram enviados para longe através das conhecidas “Naus dos Loucos”, em que eram mandados para o mar como forma de torna-los prisioneiros de sua própria loucura, evitando que eles vagassem indefinidamente entre os muros das cidades, saltando aos olhos da população.

Na Idade Média, a lepra (atual hanseníase), se proliferou rapidamente pelas cidades europeias, e assim surgiram as primeiras ordens religiosas dedicadas a prestar cuidados aos leprosos, com a criação de asilos ou leprosários, onde remetendo-se a ensinamentos bíblicos, os doentes eram isolados da sociedade como forma de evitar contágio e por carregar o estigma deste castigo divino (FOUCAULT, 1972).

O declínio desta doença na Europa foi gradual, tendo se iniciado a partir do século XVII, portanto os leprosários não tinham mais o mesmo número de pacientes e estas casas de tratamento e suas estruturas, que ficavam cada vez mais vazias, passaram a ser destinadas a outros fins (GARCIA, 2001), “os leprosários, então, passam a ser ocupados, por outros tipos de excluídos, com destaque a mendigos, vagabundos, portadores de doenças infectocontagiosas, sobretudo de origem sexual, e loucos” (CHERUBINI, 2006, p.12).

Paralelo a este movimento, também a partir do século XVII, o fenômeno da loucura passou a ser abordado como doença, dada a partir de um quadro nosológico, levando os médicos a buscar fundamentos na estrutura orgânica do cérebro, justificando a loucura como distúrbio de alguma função deste, afastando explicações sobrenaturais (CHERUBINI, 2006; MILLANI; VALENTE, 2008; FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Segundo Michel Foucault (1972, p.460), no século XVIII Philippe Pinel (1745-1826), considerado o pai da psiquiatria, propôs “reduzir o mais possível a prática do internamento no que diz respeito às faltas morais, aos conflitos familiares, aos aspectos mais benignos da libertinagem” , e encaminhando para os manicômios que eram destinados somente aos

doentes mentais os ditos loucos, onde vários experimentos foram desenvolvidos e difundidos pela Europa, enfatizando que:

A loucura não rompeu o círculo do internamento, mas se desloca e começa a tomar suas distâncias. Dir-se-ia uma nova exclusão no interior da antiga, como se tivesse sido necessário esse novo exílio para que a loucura enfim encontrasse sua morada e pudesse ficar em pé sozinha. A loucura encontrou uma pátria que lhe é própria: deslocação pouco perceptível, tanto o novo internamento permanece fiel ao estilo do antigo, mas que indica que alguma coisa de essencial está acontecendo, algo que isola a loucura e começa a torná-la autônoma em relação ao desatino com o qual ela estava confusamente misturada (FOUCAULT, 1972, p. 424).

No Brasil, por volta dos anos 1830, não havia ainda tratamento para os doentes mentais. Os ricos eram mantidos isolados em suas casas, longe dos olhares curiosos, enquanto os pobres perambulavam livremente pelas ruas, a exemplo do Rio de Janeiro, como é retratado por Engel (2001), estes eram figuras conhecidas e populares, que geravam sentimentos mistos e contraditórios, oscilando entre a aceitação e a rejeição popular, pois despertavam curiosidade, interesse e até simpatia dos demais, porém destacavam-se por seu vestuário exótico, hábitos estranhos, atitudes diferentes, gestos e palavras incompreensíveis, alterações na fisionomia, manias ou tristeza, e por isso passaram a ser recolhidos pela polícia e trancafiados nos porões da Santa Casa da Misericórdia, isolados da população, mas eram misturados a escravos abandonados, leprosos, mendigos, desertores, meretrizes e bêbados.

Conforme Fonte (2012), como uma tentativa de estar de acordo com a modernidade europeia, no Brasil, em 1852, teve-se o nascimento dos hospícios e colônias agrícolas, sendo esses administrados ainda por instituições religiosas, porém em meio a todo esse processo se viu a necessidade de a loucura ser medicalizada, entretanto:

Apesar das intenções de recuperação dos doentes mentais, nas propostas de seus criadores, as colônias continuaram a manter na prática a mesma função que caracterizava a assistência ao alienado no Brasil desde a sua criação: a de excluir o louco de seu convívio social e de escondê-lo dos olhos da sociedade (FONTE, 2012, s/p).

Ainda segundo Fonte (2012), o tratamento asilar começou a ser mudado por volta dos anos 1920 e foi se modificando até a década de 1960, havendo dentre este tempo um movimento crescente de leitos hospitalares para os “loucos”, que predominava nos hospitais públicos, consolidando a política macro-hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental.

Em 1941, foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), vinculado ao Ministério da Educação e Saúde, que em algum tempo criou convênios com os governos estaduais para a construção de hospitais psiquiátricos que buscavam se estabelecer como especialidade médica aplicando os instrumentos mais avançados da psiquiatria biológica, uma vez que:

O tratamento asilar foi sendo modificado, questionado e mesmo substituído desde o pós-guerra em vários países. Neste período vários movimentos de contestação ao saber e prática psiquiátrica instituída se fizeram notar no cenário mundial, dos quais se destacam os movimentos denominados Psiquiatria de Setor, na França; as Comunidades Terapêuticas, na Inglaterra; e a Psiquiatria Preventiva, nos EUA. Esses movimentos se caracterizaram por visar uma reforma do modelo de atenção psiquiátrica, propondo rearranjos técnico-científicos e administrativos da psiquiatria. Apesar disso, observa-se uma grande expansão da rede de hospitais psiquiátricos no Brasil a partir da década de 1960 (FONTE, 2012, s/p).

Além disso, de acordo com Fonte (2012), o período que se seguiu ao golpe militar de 1964, as internações passaram a ser feitas em instituições privadas, que eram remuneradas pelo setor público, e não apenas em hospitais públicos, mas, o Sistema Único de Saúde (SUS) – antes via Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), estimulava a internação diante da inexistência de dispositivos de assistência intensiva alternativos ao modelo asilar, porém as condições dessas instituições hospitalocêntricas e manicomialis eram precárias, pois:

A maioria dos pacientes não tinha diagnóstico de doença mental (loucura). Os pacientes eram, “[...] epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (ARBEX, 2013, p. 14). Além disso, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, eram espancados, morriam de frio, de fome, de doença (ARBEX, 2013, p.14). Paradoxalmente, essas instituições justificavam suas práticas com o argumento da necessária limpeza social, livrando a sociedade de sujeitos considerados como parte de uma categoria social de desprezíveis e desajustados cujos comportamentos eram indesejáveis. As instituições manicomialis, portanto, exerciam a função social de disciplinar corpos e comportamentos. Era uma tecnologia de poder que visava a atender aos padrões de civilidade produzidos na modernidade (FIGUEIRÊDO; DELEVATI; TAVARES, 2014, p.126).

A partir de 1970, com a constituição do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que por inúmeras denúncias quanto as péssimas condições e violências ocorridas nas instituições asilares, se iniciou no Brasil a Reforma da Assistência Psiquiátrica, o modelo de assistência de fato começou a mudar, através de uma formulação crítica, promoveram melhorias estruturais e epistemológicas, onde se propunha dignificar o ser humano, com novos saberes e práticas que proporcionam o desenvolvimento psíquico do indivíduo, ressignificando a saúde mental no Brasil (SARAIVA; SANTOS; SOUSA, 2018).

Outro marco importante para a Reforma Psiquiátrica na década de 1970, foi o movimento conhecido como Psiquiatria Democrática Italiana (PDI), liderado por Franco Basaglia (1924-1980), que por meio de uma revisão crítica das relações entre o homem e doença mental, exercidos pelo modelo psiquiátrico vigente da época, promoveu grandes mudanças nas práticas médicas que distanciavam o louco do espaço social, através da desinstitucionalização, um processo prático de desconstrução e, simultaneamente, um processo de invenção de novas realidades que não se restringe ao fechamento dos hospitais ou à ausência das instituições manicomiais, mas se refere a uma ruptura com o modelo de assistência psiquiátrica vigente que não estava tratando e, sim, fomentando o imaginário social de que o sujeito que enlouquece apresenta qualidades morais de periculosidade e marginalidade, devendo então ser excluído (AMARANTE, 2001)

Enfim, instituiu-se no Brasil o movimento da Reforma Psiquiátrica, que defende os mesmos princípios e diretrizes que o SUS, como a universalidade, que consiste no acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; e participação da comunidade, buscando, sobretudo constituir uma rede integrada de assistência à pessoa com transtorno mental (BRASIL, 1990).

Ao final de 1980, frente a reforma psiquiátrica brasileira surgiram como opções assistenciais, novos serviços, nomeados como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), trabalhando em prol da saúde mental com consultas médicas, psicológicas, atendimento junto ao serviço social e terapia ocupacional, proporcionando uma atenção integral e multiprofissional junto aos usuários. Entendendo que o adoecimento psíquico não é unicamente trabalhado por um profissional delimitado, mas sim de todos envolvidos na construção do crescimento deste ser humano, junto a família, sociedade, trabalho e cultura (FIGUEIREDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

Em 1990, em uma conferência em Caracas, os países da América Latina, incluindo o Brasil, comprometeram-se em reestruturar a assistência psiquiátrica, baseando-se nisso a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), criou a Lei nº 10.216, Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica, que foi sancionada só em 2001 e dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais, proibindo a construção de novos hospitais psiquiátricos, na intenção de fazer com que o tratamento destas, tenha como finalidade a reinserção social, realizada através de serviços comunitários, permitindo internação apenas quando há ineficácia dos

serviços extra hospitalares, sendo com isso observado no Brasil um declínio dos leitos nos hospitais psiquiátricos e ampliação dos CAPS (SARAIVA; SANTOS; SOUSA, 2018).

Em 2002 criou-se a Portaria nº 336, que estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma, intensiva, diário; semi-intensiva, frequente mas não necessariamente todos os dias; e não intensiva, com uma frequência menor, constituindo-se em três modalidades, oferecendo serviço ambulatorial de atendimento ao público em saúde mental, porém tem que ser independente de qualquer estrutura hospitalar, e são definidos por ordem crescente de complexidade e abrangência populacional (BARSIL, 2002).

Em 2011, através da Portaria nº 3.088, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, que tem por finalidade a ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde sendo dividida por níveis de complexidade. Nessa mesma Portaria são organizadas as modalidades de CAPS da seguinte forma (BRASIL, 2011, art. 7º § 4º):

I - CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para Municípios com população acima de vinte mil habitantes.

II - CAPS II: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para Municípios com população acima de setenta mil habitantes;

III - CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD, indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

IV - CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

V - CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e

VI - CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

A Portaria nº 130 (BRASIL, 2012), redefine especificamente o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III), que é destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados, podendo atender adultos ou crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, devendo indicar o Hospital Geral de referência regional, para garantir apoio qualificado aos usuários que apresentem agravos clínicos relacionados ao vício, como abstinência, intoxicação aguda entre outros.

Com relação ao funcionamento, o CAPS AD III precisa constituir-se em serviço de referência de cuidado e proteção para usuários e familiares em situações de crise e maior gravidade, tendo disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, estabelecendo profissionais de referência para cada usuário que, em conjunto com o usuário e seus familiares, produza um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que acompanhe o usuário nos contextos cotidianos, promovendo e ampliando as possibilidades de vida e mediando suas relações sociais.

O serviço deve ser composto por uma equipe multiprofissional, sob a ótica da interdisciplinaridade, contendo médico clínico e psiquiatra, enfermeiro e técnico de enfermagem, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e farmacêutico que devem exercer as seguintes atividades (BRASIL, 2012, art. 6º):

- I - trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, com trabalhadores de formação universitária e/ou média, conforme definido nesta Portaria;
- II - atendimento individual para consultas em geral, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros;
- III - oferta de medicação assistida e dispensada;
- IV - atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras;
- V - oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria;
- VI - visitas e atendimentos domiciliares;
- VII - atendimento à família, individual e em grupo;
- VIII - atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros;
- IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção,

divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras;

X - fornecimento de refeição diária aos pacientes assistidos, na seguinte proporção:

- a) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária;
- b) pacientes assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias; e
- c) pacientes que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 4 (quatro) refeições diárias.

Contudo, a partir disso, e respaldado pelos estudos de Figueirêdo; Delevati e Tavares, (2014), denota-se que a problemática da Reforma Psiquiátrica vai além das legislações, o modelo clínico-psiquiátrico tradicional ainda é utilizado indiscriminadamente em alguns serviços da rede de saúde, está impregnado nas concepções e representações sociais, portanto é preciso que haja uma ressignificação e transformações sociais baseadas na subjetividade para que se interrompa o processo de segregação e ausência de direitos dos usuários destes serviços.

3 METODOLOGIA

3.1 DESENHO DO ESTUDO

A pesquisa teve como objeto o modelo de cuidado utilizado pelos profissionais de nível superior prestadores de serviço no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas, CAPS AD III, de Palmas – TO, que presta atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24h por dia, conforme preconizado pela Portaria MS Nº 130/2012.

Foi uma pesquisa-participante, dado que a acadêmica-pesquisadora esteve envolvida com as pessoas investigadas. Devido a um aprofundamento dos questionamentos propostos para compreensão de um grupo social, tal pesquisa possui como característica metodológica o estudo de campo, já que a acadêmica-pesquisadora fez a coleta de dados no local real onde ocorre o fenômeno ou objeto de estudo pesquisado (GIL, 2002).

A pesquisa é ainda descritiva, que têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2008), descrevendo o modelo de cuidado ofertado pelos profissionais de psicologia e assistência social do CAPS AD III de Palmas – TO.

Quanto à natureza, a pesquisa teve uma abordagem qualitativa, uma vez que se preocupou, portanto, com aspectos da realidade que não podiam ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (GERHARDT; SILVEIRA, 2009) para compreensão dos comportamentos em questão. Alguns instrumentos, que serão apresentados mais à frente no item 3.6, foram desenvolvidos para a coleta de dados onde foram utilizados como auxílio à acadêmica-pesquisadora. Tais dados foram analisados à luz da Política Nacional de Saúde Mental e dos modelos de saúde-doença identificados.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Foi inaugurado no dia 05/06/2017 uma sede própria para o CAPS AD III de Palmas – TO, localizada na Quadra Arno 12 (105 Norte), capaz de suprir a demanda da capital cuja população está estimada em torno de 286.000 habitantes, o que está em conformidade com a determinação do Ministério da Saúde (Portaria nº 130/2012), onde diz que para cada grupo populacional de 200 a 300 mil habitantes deve haver um CAPS AD III.

A nova sede é composta por três salas de atendimento individualizado, uma sala de acolhimento, duas salas de atividades coletivas, uma sala para oficinas terapêuticas, um espaço de convivência, uma sala de panificação, uma cozinha, um refeitório, quatro quartos para acolhimento noturno de usuários, sendo dois femininos e dois masculinos que totalizam 12 leitos, duas salas de repouso para a equipe, uma sala de equipe multiprofissional, uma farmácia, área de lazer com piscina e vestiário, entre outros.

O CAPS AD III funciona no modelo de acolhimento 24 (vinte e quatro) horas por dia inclusive aos finais de semanas e feriados, prestando atenção integral e contínua ambulatorial e de apoio matricial na Atenção Básica a adultos, crianças e adolescentes, segundo orientações do estatuto da criança e do adolescente (ECA), com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, e também seus familiares, consistindo em um serviço aberto, de base comunitária que funciona segundo a lógica do território (BRASIL, 2012).

O acesso ao serviço é diretamente nas unidades da cidade, e funcionam como “portas abertas” no qual o usuário tem o direito de realizar seu tratamento sem barreiras burocráticas, não se fazendo necessários encaminhamentos ou intermediação de outrem, seguindo sua escolha, na busca de independência e responsabilidade da própria pessoa para com seu tratamento.

Na unidade é ofertado atendimento multiprofissional, sendo a equipe técnica composta por assistentes sociais, enfermeiros, farmacêutico, médicos, psicólogos, técnicos de enfermagem e terapeuta ocupacional, apoiados por estagiários e residentes, além dos servidores que atuam na administração e os auxiliares de serviços gerais.

A tabela 1 a seguir, mostra o número de profissionais de nível superior da equipe multiprofissional efetivos no serviço e suas funções:

Tabela 1: Profissionais da equipe multiprofissional efetivos no CAPS AD III.

Profissão	Número de efetivos
Farmacêutico	2
Enfermeiro	10
Terapeuta Ocupacional	1
Clínico Geral	1
Psiquiatra	1
Psicólogo	3
Assistente Social	3

Fonte: Elaboração própria (2018).

O CAPS AD III disponibiliza atendimento à população que possuem vício em substâncias psicoativas e transtornos e necessidades decorrentes do abuso destas, em momentos abstinentes e/ou em uso, por meio de acompanhamentos clínicos e atividades terapêuticas, trabalhando com prevenção, promoção e reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercícios dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Em casos especiais de vulnerabilidade, na tentativa de desintoxicação e proteção, atendendo a critérios pré-estabelecidos, é ofertado acolhimento noturno por um período de até 14 dias.

Por ser um serviço que se configura em “portas abertas”, diariamente chegam ao CAPS AD III usuários novos ou são feitas readmissões, estes indivíduos primeiramente são acolhidos por um dos profissionais da equipe multiprofissional, segundo a escala de acolhimento, este procedimento é constituído por uma escuta individualizada, ou juntamente com o acompanhante, segundo a preferência do usuário, a fim de conhecer melhor sobre sua história de vida, seu contexto social e familiar, bem como seu histórico de uso, segundo a perspectiva dele próprio.

Dependendo do episódio exposto, este é discutido com a equipe multidisciplinar, e caso haja necessidade de acolhimento 24h o usuário já fica nas dependências do CAPS AD III acolhido e segue com um plano terapêutico elaborado por seu técnico de referência. Caso não haja necessidade de acolhimento 24h, ou seja, somente de acolhimento diurno ou acompanhamento e realização de atividades terapêuticas durante a semana, o usuário é encaminhado para um grupo chamado “Boas Vindas”, onde lhe é explicado o fluxo do serviço, as ofertas do CAPS AD III e suas normas. Se destaca que o fluxo de trabalho está sendo readequado, e a proposta para o novo modelo está disponível para consulta no anexo 1.

Em seguida, os novos usuários são divididos dentre alguns profissionais que atuam como técnicos de referência destes, essa divisão ocorre segundo a lógica regional do território de Palmas. O técnico de referência junto com seu referenciado irá elaborar um Plano Terapêutico Singular (PTS), onde são traçados ações e metas para tratamento e cuidados deste usuário em todos os âmbitos de sua vida, utilizando-se de atividades internas do CAPS como, consultas com clínico geral e psiquiatra, psicoterapia individual e em grupo, e grupos operativos com funções diversificadas de base laborativa e/ou reflexiva, e externas, onde é feito articulação com outros serviços da rede se necessário, buscando fortalecer o indivíduo de forma completa para melhorar sua vida cotidiana.

3.3 PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A coleta de dados da pesquisa ocorreu entre os dias 09/10/2018 e 31/10/2018, no período das observações, a acadêmica-pesquisadora acompanhou a rotina de trabalho dos participantes no CAPS AD III e em eventos externos proporcionados pelo serviço, dentre as atividades, acolhimento inicial, elaboração de PTS, reunião de equipe e realização de grupos. Houve também aplicação do questionário que ocorreram entre as atividades do profissional em questão.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Atuam como profissionais de nível superior efetivos no CAPS AD III atualmente 21 (vinte e uma) pessoas, conforme já detalhado mais adiante na Tabela 1. Contudo, além desses, existem outros profissionais no serviço, dentre eles residentes, técnicos e administrativos, mas por critérios da pesquisa não fizeram parte do estudo.

Desse universo, apenas os psicólogos e assistentes sociais foram convidados a participar do presente estudo, isso devido ao curto período para coleta de dados, mas também pela afinidade no trabalho entre essas duas categorias profissionais, sendo uma que delas interessa ainda pelo fato de ser a graduação da acadêmica pesquisadora.

Inicialmente foi apresentada a pesquisa em reunião multiprofissional, seguido de convite feito pessoalmente, de forma individual, conforme disponibilidade de tempo de cada participante, uma vez que atuam em diferentes horários no CAPS AD III. Puderam participar da pesquisa 5 (cinco) pessoas.

A tabela 2 representa os participantes da pesquisa e suas funções:

Tabela 2: Participantes da pesquisa.

Participantes	Profissão
Participante 1	Psicólogo
Participante 2	Psicólogo
Participante 3	Psicólogo
Participante 4	Assistente social
Participante 5	Assistente social

Fonte: Elaboração própria (2018).

3.5 CRITÉRIOS PARA INCLUSÃO E EXCLUSÃO

3.5.1 Critérios de inclusão

- Foram convidados a participar todos os profissionais de nível superior que estiver desenvolvendo atividades no CAPS AD III de Palmas – TO, estando no serviço há no mínimo 6 (seis) meses. No entanto, conforme explicado no item 3.4, somente assistentes sociais e psicólogos foram convidados.
- Concordância em assinar o TCLE (APÊNDICE A).

3.5.2 Critérios de exclusão

- Residentes
- Questionários não respondidos completamente
- Profissionais que não for possível observar a atuação

3.6 MATERIAIS E INSTRUMENTOS

Foram utilizados para coleta de dados um Roteiro de Observação (APÊNDICE B), no qual havia perguntas norteadoras para observação das atividades desenvolvidas no CAPS AD III, segundo o fluxo do serviço. Também foi utilizado um questionário do tipo Likert (APÊNDICE C), de elaboração própria, respaldado na Política Nacional de Saúde Mental, para investigar os conhecimentos das políticas e dos fatores que ajudam e atrapalham o trabalho dos participantes.

As afirmativas do questionário foram dispostas de forma aleatória, mas planejadas para contemplar determinadas categorias de interesse da pesquisa, conforme demonstrado na (Tabela 3). Tais categorias foram utilizadas na análise dos dados:

Tabela 3: Afirmativas do questionário agrupadas por tema.

Afirmativas	Aspectos levantados
1, 3, 5,10, 11 e 15	Conhecimento das Políticas Públicas de Saúde Mental;
9, 12 e 14	Política e práticas de Redução de Danos;
2, 6 e 7	Lógica da medicalização da vida e diagnóstico;
13, 17 e 18	Estigmatização do usuário de álcool e drogas;
4, 8 e 16	Autonomia e subjetividade do indivíduo;
19 e 20	Questões abertas para levantamento dos fatores que facilitam e dificultam o trabalho no CAPS AD III conforme julgamento de seus membros.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Por se tratar de estudo em que a postura da acadêmica-pesquisadora foi de observadora participante, os dados coletados pelos instrumentos acima descritos foram complementares às informações levantadas pela vivência semanal no CAPS AD III da qual resultou elaboração de diário de campo com o registro dos fenômenos observados.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram planejados para minorar a interferência da acadêmica-pesquisadora nos processos de trabalho dos participantes. Por exemplo, os instrumentos para observação sistemática não requeriam dos membros do CAPS AD III nada além do que fazerem seu trabalho costumeiro, sem a necessidade de fornecer informações ou explicações extras à acadêmica-pesquisadora.

O questionário elaborado, por outro lado, exigia disponibilidade de tempo dos profissionais para julgarem algumas afirmativas, mas foram feitas diversas visitas ao CAPS AD III para conseguir coletar essas informações sem atrapalhar o serviço. Além disso, tal questionário para alguns participantes gerou duas esferas de análise, sendo uma a realidade do serviço e a outra o conhecimento das normativas em relação a uma mesma afirmativa, o que trouxe a pesquisa clareza dos pesquisados sobre as discrepâncias e as similaridades entre o modo como é feito e o correto a se fazer.

3.7 PROCEDIMENTOS

Os procedimentos utilizados na pesquisa pretendiam identificar as práticas dos profissionais de áreas da psicologia e assistência social, e se os mesmos têm conhecimento da Política Nacional de Saúde Mental, em seguida, foi analisada se a atuação dos envolvidos é com ela coerente, verificando e descrevendo o modelo de cuidado ofertado no serviço. Na figura 1 estão apresentados os caminhos da pesquisa, os quais serão destrinchados abaixo:

Figura 1: Fluxograma dos procedimentos da pesquisa.



Fonte: Elaboração própria.

Etapa 1 - Apresentação da pesquisa:

Inicialmente a acadêmica-pesquisadora enviou o trabalho para apreciação da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) do município de Palmas – TO. Após aprovação da FESP, durante o processo de aprovação do CEP, no dia 08/10/2018 a acadêmica-pesquisadora entrou em contato com o coordenador do CAPS AD III para apresentar a presente pesquisa, através de um breve resumo escrito desta.

Ele sugeriu que a pesquisa fosse realizada com profissionais da enfermagem, pois acredita que sejam os que ainda hoje mais atuam de acordo com o modelo biomédico. Também pediu que se cumpra a apresentação dos resultados ao serviço como proposto no projeto, como forma de contribuição para reflexões dos servidores.

Em seguida, durante reunião de equipe com todos os profissionais do serviço a acadêmica-pesquisadora realizou apresentação oral da pesquisa entregando o resumo escrito para os profissionais convidados. Após a aprovação do CEP, sabendo da dificuldade em organizar uma agenda que seja adequada a todos, acessou individualmente cada um dos convidados para assinassem o TCLE (APÊNDICE A) de acordo com suas disponibilidades.

Paralelo a este procedimento, se iniciou a elaboração de diário de campo e roteiro de observação, os quais contêm as impressões diversas que tal pesquisa desencadeou na acadêmica-pesquisadora. O que era visto na observação participante, poderia ser diferente das respostas do questionário, acarretando no risco de a acadêmica-pesquisadora ser percebida pelos profissionais como uma espécie de “fiscal”.

Com relação a isso, levanta-se como hipótese que um dos convidados se mostrava resistente com a pesquisa, alegando não ter tempo, mas demonstrando o contrário em diversos momentos, culminando na recusa em participar do estudo.

Etapa 2: Observação *in loco*:

Foram feitas várias visitas à sede do CAPS AD III no período entre os dias 09/10/2018 e 31/10/2018 para observar o planejamento, desenvolvimento e funcionamento das atividades diárias, já conhecidas pela acadêmica-pesquisadora que está no campo desde março de 2018 como estagiária.

O intuito era acompanhar os participantes nas práticas de trabalho e averiguar as questões diversas que dificultem ou facilitem a oferta de cuidado de qualidade aos usuários. Porém, um dos psicólogos entrou de férias no segundo dia da coleta de dados, podendo ser

observado apenas as atividades dele realizadas em um único dia. O mesmo não conduz grupos no serviço, não sendo possível observar seu manejo de grupo. Os assistentes sociais trabalham no mesmo turno e dividem escalas, o que devido ao curto período de tempo para coleta de dados fez com que o pesquisador conseguisse observá-los apenas em atividades diferentes.

Desse modo, sempre que possível o pesquisador se fez presente nas atividades de grupo, individuais e reuniões de equipe, em que os participantes compareciam. Tais observações foram norteadas por um roteiro de observação (APÊNDICE C) elaborado especificamente para o campo que foi realizada a pesquisa, e em seguida tudo foi registrado em um diário de campo.

Etapa 3: Aplicação de questionário:

Foi aplicado nos participantes da pesquisa um questionário no modelo de escala Likert (APÊNDICE B), respaldado na Política Nacional de Saúde Mental para que respondessem de acordo com seus conhecimentos e práticas dentro do serviço. O questionário foi aplicado de acordo com disponibilidade de local no serviço e a preferência dos participantes, levando em média 10 minutos para a conclusão do mesmo.

O questionário era autoexplicativo e podia ser respondido pelo próprio sujeito da pesquisa sem necessidade de mediação, um participante pediu que o pesquisador lesse e marcasse as alternativas que ele escolhesse. Alguns participantes comentaram que havia diferença entre o que era para ser respondido e o que de fato acontece no CAPS AD III, e pediram garantia do sigilo nas questões abertas.

Etapa 4: Análise dos dados:

Após a coleta de dados, composta de observações das atividades *in loco* e aplicação de questionário, feita nas etapas anteriores, os resultados foram analisados à luz da Política Nacional de Saúde Mental e dos modelos de saúde-doença, respondendo ao objetivo do presente estudo.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Como envolve pesquisa com seres humanos na área social aplicada, o presente estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro

Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), sendo aprovado com CAAE: 97104818.8.0000.5516.

3.8.1 Riscos

Nesta pesquisa teve o risco de constrangimento por parte dos participantes por estarem expondo seus modos de agir no contexto de trabalho ao mesmo tempo em que estavam sendo observados pela acadêmica-pesquisadora. Outro risco que poderia ter surgido era de dissonância cognitiva ao perceberem que suas atitudes podiam não estar coerentes com seus discursos. Para minorar tais riscos, o participante que apresentasse sintomas e queixas relacionadas a isso, seria encaminhado para o Serviço de Psicologia (SEPSI) do CEULP/ULBRA, para que tivesse acompanhamento psicoterapêutico.

3.8.2 Benefícios

Os benefícios se relacionaram especialmente com o fato desse estudo possibilitar aos participantes reconhecer melhor o modelo de atuação que está exercendo mediante as variáveis disponíveis naquele contexto. Com isso pode-se proporcionar situações de reflexão acerca da atuação profissional e fomentar possíveis estratégias de melhora assistencial, gerando uma prática mais adequada, consonante com a Política Nacional de Saúde Mental e, especialmente, ofertando cuidado de qualidade aos usuários do serviço.

3.8.3 Desfechos

3.8.3.1 Primários

Tal pesquisa trouxe reconhecimento das potencialidades e fraquezas do cuidado ofertado pelos profissionais do CAPS AD III, a partir das variáveis disponíveis naquele contexto.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

São apresentados neste capítulo os dados coletados no CAPS AD III, a partir dos instrumentos citados na metodologia. As análises foram elaboradas a partir das perspectivas da Política Nacional de Saúde Mental e dos modelos de assistência em saúde.

Optou-se por apresentar gráficos e tabelas ilustrativos para cada aspecto analisado do questionário, seguidos de textos analíticos.

Ressalta-se que os instrumentos selecionados para esta pesquisa não foram todos utilizados, especialmente o roteiro de observação, uma vez que não foi possível observar todos os participantes da pesquisa em todas as atividades propostas.

No entanto, a observação participante com relatos em diário de campo possibilitou elaborar análises que enriqueceram as discussões que se seguem.

4.1 ANÁLISES DOS DADOS DAS QUESTÕES FECHADAS

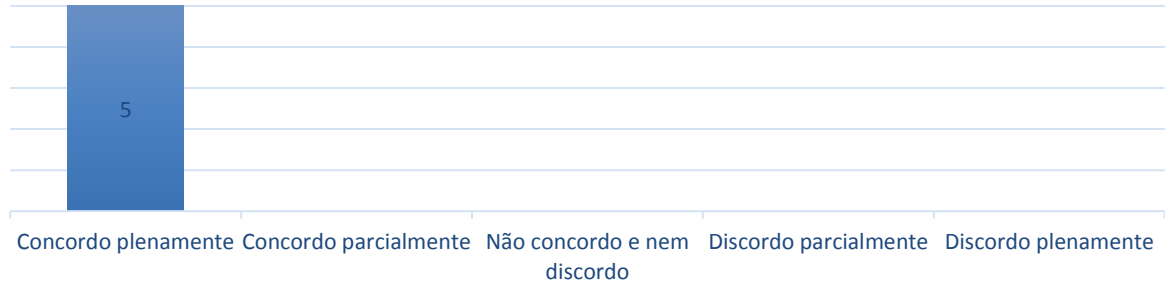
Com o movimento da reforma psiquiátrica foram desenvolvidas as políticas públicas de saúde mental no Brasil, por meio da Lei Federal 10.216 de 2001 que traça uma nova perspectiva e direcionamento a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispendo sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

Por conseguinte, foram instituídas também Portarias que disciplinam o funcionamento da administração pública, sendo a nº 336 de 2002, que estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a nº 3.088 de 2011, a que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a nº 130 de 2012, que Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

Assim, considerando a questão 1 dentre a categoria “Conhecimento das Políticas Públicas de Saúde Mental”, o resultados apresentados na figura 2 mostram que todos os participantes identificam-se com a política de saúde mental, porém como observado e relatado em diário de campo, não atuam de forma a fomentar a discussão e conhecimento das políticas junto aos usuários e seus familiares.

Figura 2: Resultado da questão 1.

O CAPS AD III tem por função promover junto aos usuários e familiares a compreensão das Políticas Públicas de Saúde Mental de Álcool e outras Drogas e da defesa de seus direitos.

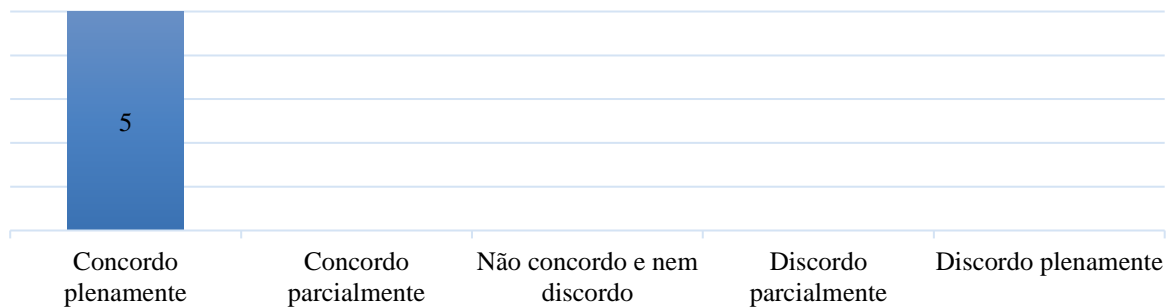


Fonte: Elaboração própria (2018).

Quanto à disponibilidade do serviço, na questão 3, todos os entrevistados concordam com a política de portas abertas, inclusive aos finais de semana, porém como pode ser observado e registrado em campo, sua atuação acerca da viabilidade do acesso restringe-se a escala de plantão organizada pelo processo de trabalho e aos finais de semana atuam como portas fechadas, mostrando o seguinte resultado:

Figura 3: Resultado da questão 3.

O CAPS AD III precisa ter disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana.

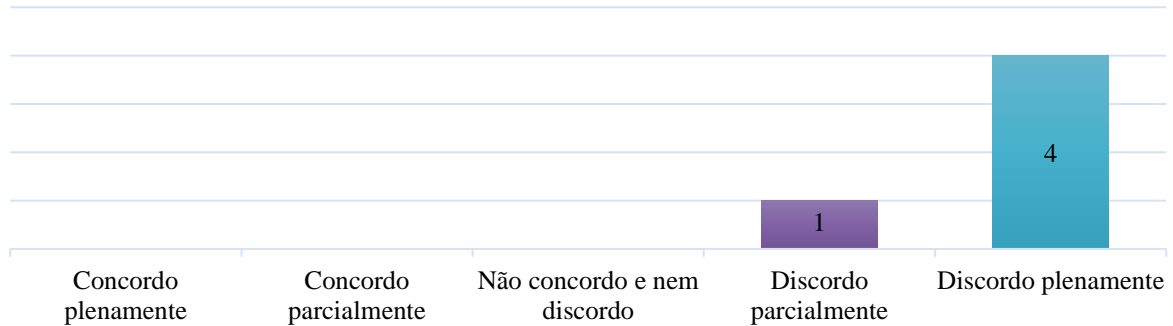


Fonte: Elaboração própria (2018).

Com relação a questão 15, apenas 1 do total de 5 participantes da pesquisa discorda parcialmente com o que está previsto na política com relação a atendimento a usuários sob efeito. 4 dos 5 pesquisados tem consciência e estão de acordo que estes usuários devem ser atendidos no serviço mesmo não estando em abstinência, porém pode ser observado que os usuários que chegam ao CAPS sob efeito de substâncias na maioria das vezes são imediatamente encaminhados para a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou Hospital Geral de Palmas (HGP)

Figura 4: Resultado da questão 15.

Usuários sob efeito de substâncias psicoativas não devem ser atendidos no CAPS AD III, mas apenas em estado abstinente.

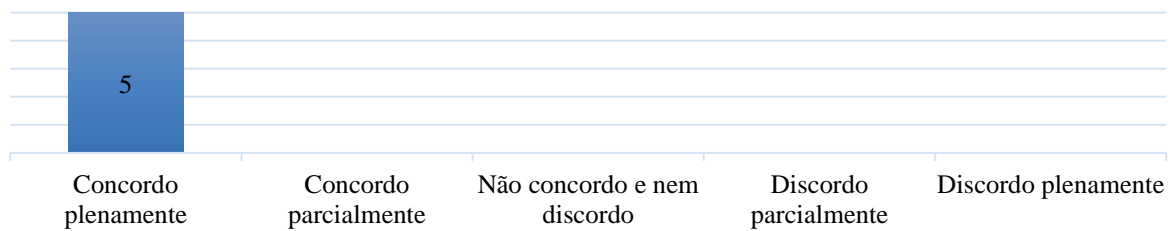


Fonte: Elaboração própria (2018).

Com relação a questão 5, todos os participantes concordam plenamente com a função do CAPS AD III de supervisionar e capacitar as equipes, e em concordância com este quesito (citado adiante como ponto facilitador do serviço pelos assistentes sociais), a administração do serviço sempre propõe diversas capacitações dos servidores. No período da coleta de dados ocorreu 2, contudo, na parte da supervisão das equipes, o administrativo deixa a desejar; como pode ser observado e registrado, várias atividades deixam de acontecer sem um motivo concreto.

Figura 5: Resultado da questão 5.

O CAPS AD III tem como uma de suas funções supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial.

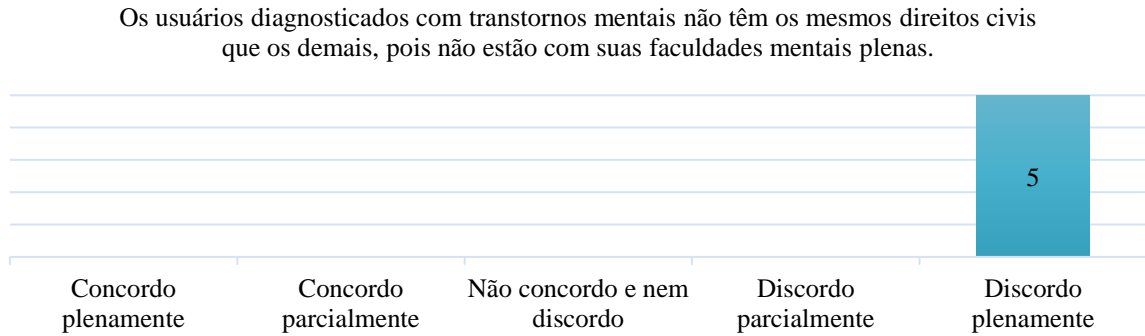


Fonte: Elaboração própria (2018).

Nas questões referentes aos princípios norteadores do SUS e do CAPS dentro das políticas públicas, apresentadas nas figuras 6 e 7, destaca-se a equidade, um dos princípios e diretrizes do SUS (Sistema Único de Saúde) que prega que as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Portanto, mesmo todos tendo igualdade de direito à assistência, sem preconceitos e privilégios, o tratamento é desigual, investindo mais onde a carência é maior, de acordo com as necessidades de cada indivíduo (BRASIL, 1990).

Na questão 11, relativa aos direitos civis do cidadão com transtornos mentais, todos os pesquisados discordaram plenamente, que esses indivíduos por não possuírem suas faculdades mentais plenas perdem seus direitos.

Figura 6: Resultados da questão 11.

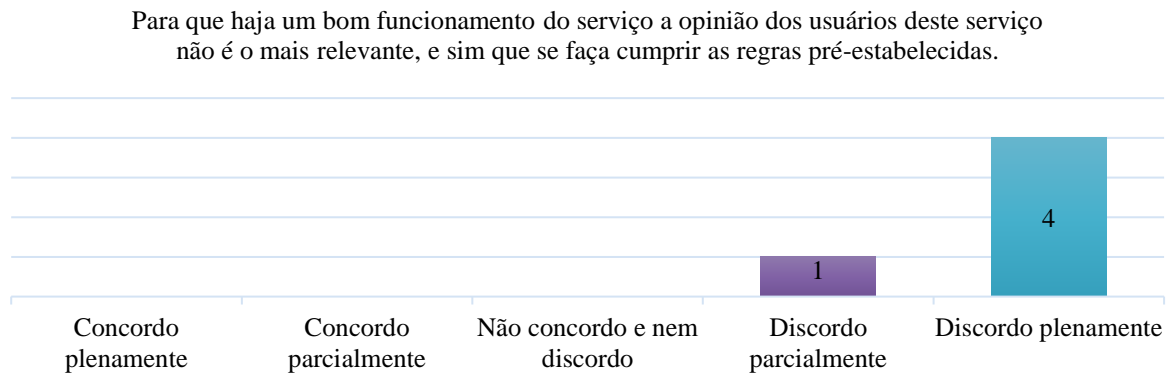


Fonte: Elaboração própria (2018).

Outro princípio do SUS estabelecido na Lei nº 8.080 (1990), adotado no CAPS, é a participação popular que serve para ampliar a participação nas decisões e descentralizar a gestão pública em saúde, com vistas a aproximar as decisões do Estado ao cotidiano dos cidadãos.

Nesse quesito, averiguado na questão 10, 4 dos 5 participantes discordaram plenamente com a afirmativa, de que a opinião dos usuários do serviço é irrelevante perante as regras, demonstrando concordância com o controle social, apenas 1 do total de 5 discorda parcialmente disto.

Figura 7: Resultado da questão 10.



Fonte: Elaboração própria (2018).

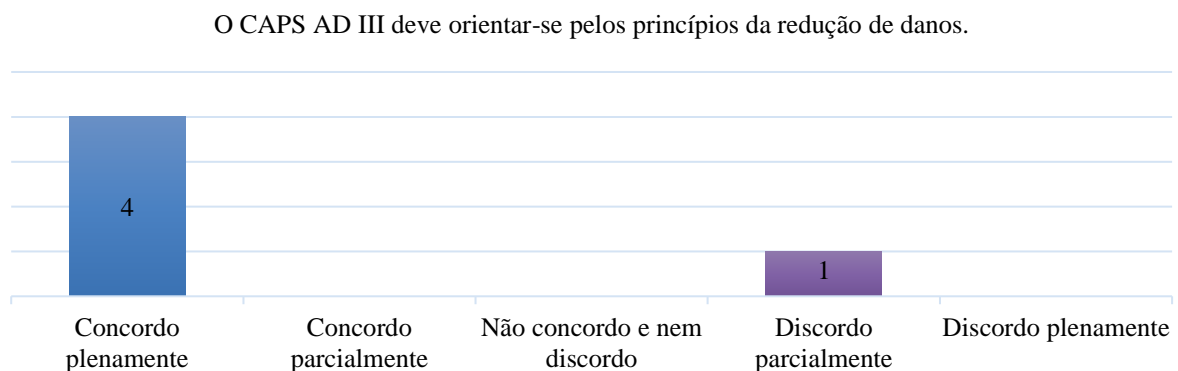
Como forma de executar esta diretriz pode-se confirmar que acontecem assembleias semanais, nas quais os usuários expõem os pontos positivos e negativos do serviço e dos servidores, discutem mudanças e recebem devolutivas de seus questionamentos, porém pode-

se ver que nem sempre esta prática é executada como deveria, muitas dúvidas e propostas dos usuários com relação ao serviço são ignoradas e/ou esquecidas.

Referente ao tema “Política e práticas de Redução de Danos”, em conformidade com o Art. 5º da Portaria nº 130 (BRASIL, 2012) que redefine o CAPS AD III, o serviço deve ter como características de funcionamento orientar-se pelos princípios da Redução de Danos, o que significa desenvolver ações que tentam principalmente reduzir, as consequências negativas relacionadas à saúde e a aspectos sociais e econômicos decorrentes de substâncias que alteram o temperamento.

Com relação a questão 12, 4 de 5 profissionais participantes concordam plenamente que o CAPS AD III deve orientar-se por este princípio, e 1 do total de 5 discorda parcialmente.

Figura 8: Resultado da questão 12.



Fonte: Elaboração própria (2018).

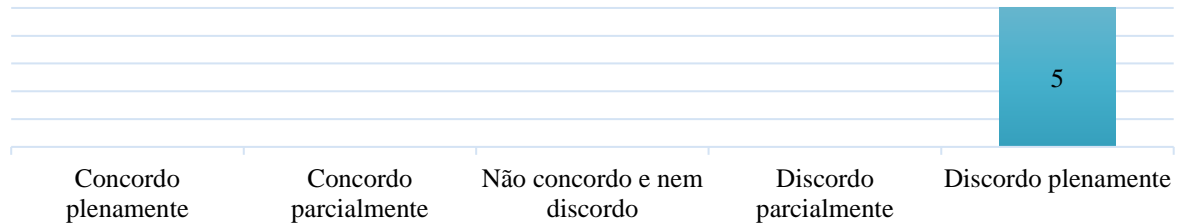
O CAPS AD III atua claramente de acordo com a redução de danos, não exigindo dos usuários abstinência e, sim, propondo discussões e fomentando reflexões sobre formas de diminuir o risco do usuário em ter comorbidades. No período da coleta a pesquisadora esteve presente em dois eventos que propuseram rodas de conversa com os usuários sobre o assunto.

Outros aspectos necessários a ser considerados na redução de danos são os fatores de vulnerabilidade que configuram um risco para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e drogas, devendo se ponderar as práticas do cotidiano do indivíduo, buscando constantemente mais qualidade de vida para ele, com ações de prevenção e promoção de saúde nos âmbitos biológico e socioculturais (BRASIL, 2005).

Em concordância com isto, na questão 14, todos os entrevistados discordam plenamente, que isso não interfira no tratamento do usuário sendo um problema a ser resolvido por ele mesmo sem auxílio do serviço.

Figura 9: Resultado da questão 14.

Problemas de ordem pessoal do usuário (com família, emprego, moradia) devem ser resolvidos por ele mesmo, não deixando que isso interfira em seu tratamento no CAPS AD III.



Fonte: Elaboração própria (2018).

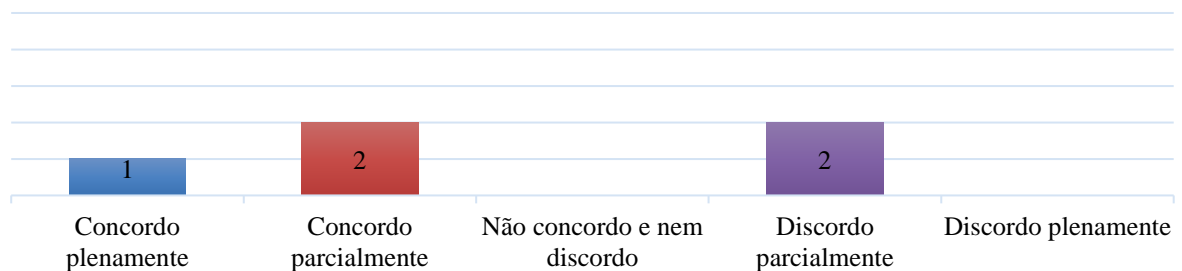
Dessa forma, sendo ser humano biopsicossocial, precisa-se estar em harmonia nas diferentes esferas da vida, pois, quando há um desequilíbrio, busca compensar de alguma maneira. Quando se tem uma dependência de drogas envolvida, a probabilidade de intensificação deste como forma de fuga é maior, o que pode ser constatado no discurso da maioria dos usuários.

Em concordância com esta premissa, os profissionais do CAPS AD III, frequentemente acessam outros dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), promovendo a articulação de pontos de atenção à saúde, bem como se dispõe a acolher e identificar outras necessidades assistenciais dos usuários, planejando intervenções e mediações para alívio do sofrimento ou aprimoramento das potencialidades do indivíduo.

Para isso, as atividades terapêuticas promovidas pelo CAPS AD III têm como função pensar e trabalhar os diferentes âmbitos da vida, mas na questão 9 os participantes da pesquisa divergiram quanto a prioridade dessas atividades no tratamento, 1 de 5 participantes concorda plenamente com sua prioridade, 2 dos 5 pesquisados concordam parcialmente e 2 do total de 5 discordam parcialmente.

Figura 10: Resultado da questão 9.

Atividades terapêuticas (grupos operativos, oficinas, etc.) são prioridade no tratamento de usuários de álcool e outras drogas.



Fonte: Elaboração própria (2018).

Na prática, existe uma dinâmica frequente de atrasos, falta de preparo e não realização dos grupos que deveriam ser realizados no CAPS, pois os profissionais optam pela facilidade de deixar os usuários livres, em momento de lazer. Contudo, estes mesmos profissionais atuando como técnicos de referência cobram de seus referenciados a participação em grupos conforme o acordado entre eles.

Nas respostas tanto dos psicólogos como dos assistentes sociais adiante para a pergunta aberta que levanta os fatores que dificultam o trabalho deles na instituição, surgiram probabilidades para tal prática ser recorrente no serviço, a falta de matérias e insumos disponíveis para a elaboração e realização de oficinas lúdicas, de arte e atividades extra CAPS, bem como a sobrecarga de trabalho devido a equipe reduzidas e a baixa remuneração do serviço, que atua como desmotivador desses profissionais.

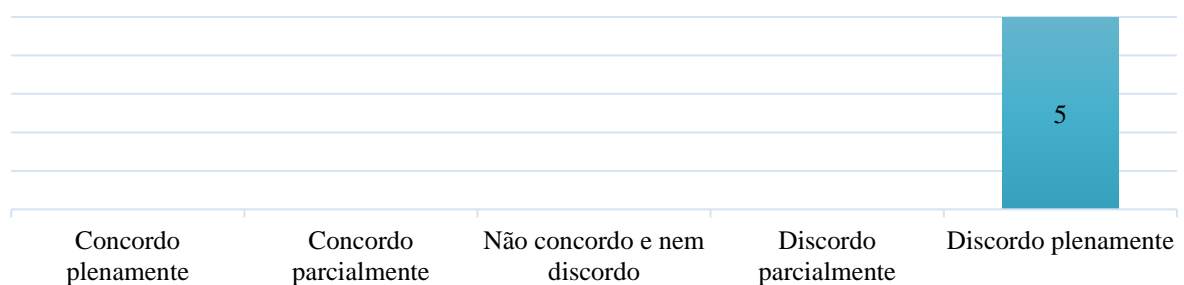
Desde o surgimento do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), há uma tendência em querer, através da classificação de sintomas, determinar a existência de uma doença para então, de forma reducionista, baseada em um diagnóstico, trata-las através das práticas médicas auxiliadas por psicofármacos.

Dentre isso, o sofrimento psíquico vem sendo categorizado de forma nosológica, ignorando a complexidade do ser humano, deixando de lado a subjetividade e reflexão das situações de vida, em função de uma obstrução e minimização dos sentimentos do indivíduo que passa a ser compreendido como a entidade nosológica que o acomete (ZANELLA; LUZ, 2018).

Nas questões 2 e 7 relacionadas à “Logica da medicalização da vida e diagnóstico”, os participantes em sua totalidade discordaram plenamente que a terapia medicamentosa é prioridade no tratamento de transtornos mentais, porém 4 de 5 participantes concordaram plenamente que a realização de um diagnóstico é essencial para um tratamento correto, apenas 1 do total de 5, discordou parcialmente desta premissa.

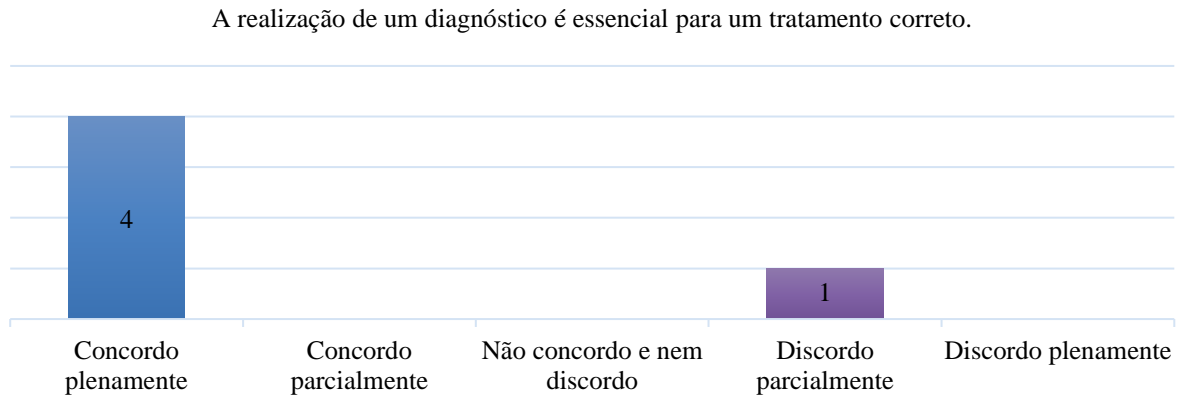
Figura 11: Resultado da questão 2.

A terapia medicamentosa é prioridade no tratamento de transtornos mentais.



Fonte: Elaboração própria (2018).

Figura 12: Resultado da questão 7.



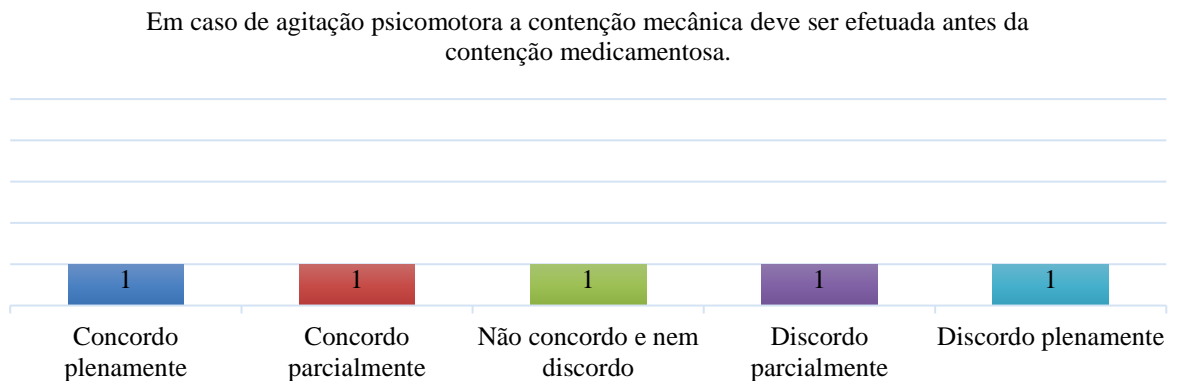
Fonte: Elaboração própria (2018).

Nas observações obtidas através do diário de campo, pode-se confirmar que na prática, os profissionais do serviço tendem a marcar consultas para seus referenciados logo no primeiro contato com eles, quando é realizada a elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS).

Por vezes, a medicação no CAPS AD III é tida como forma de controlar o usuário, servindo para docilizar seus corpos, conforme diz Foucault (2009), fazendo com que ele aceite mais facilmente o que é proposto, as vezes até imposto, minimizando suas emoções para conter comportamentos expressivos de grande intensidade.

Ainda relacionado à medicação, e já entrando em manejo de crise, na questão 6, que afirma que em caso de agitação psicomotora a contenção mecânica deve ser efetuada antes da contenção medicamentosa, os profissionais participantes apresentaram opiniões diferentes, obtendo-se como resultado um em cada alternativa.

Figura 13: Resultado da questão 6.



Fonte: Elaboração própria (2018).

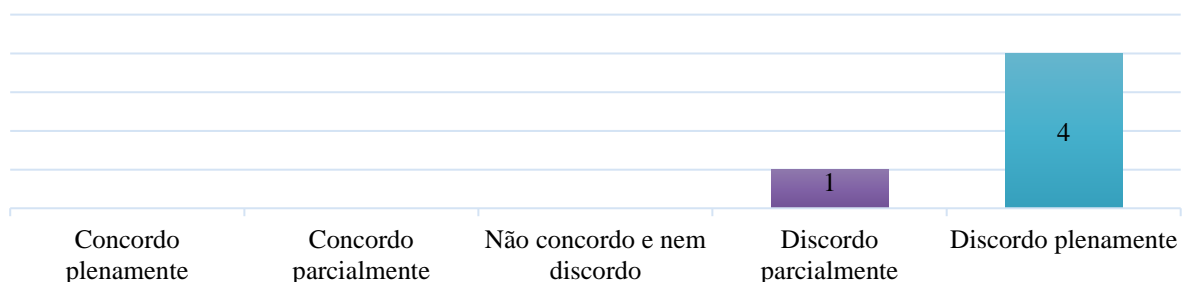
Dessa forma, isso leva a perceber uma falta de padronização na forma de atuação da equipe mesmo tendo sido feita capacitações sobre o assunto, nas quais foram explicados os procedimentos mais adequados em escala de hierarquização, no qual o contenção mecânica aparece como última opção, “a realização da contenção mecânica deve ser uma conduta excepcional e cercada de todos os cuidados para que a ação sobre o paciente seja a menos lesiva possível, devendo constar no projeto terapêutico” (SCHWIDERSKI; TCHAIKOVSKI JUNIOR; MANZARRA, 2012, s/p).

Visões reducionistas centradas no indivíduo, aqui classificadas como “Estigmatização do usuário de álcool e drogas”, acabam por discriminar, rotular, patologizar e incriminar o usuário de álcool e drogas e sua família, desconsiderado o contexto, determinantes sociais e culturais, apenas criando uma condição de assujeitamento e coisificação, o que provoca intenso sofrimento psíquico e para se romper a barreira de estigmatização, é necessário ver o indivíduo a partir da concepção de, subjetividade humana, como resultado de um processo que se constitui ao longo da história individual e coletiva, pelas e nas interações sociais.

A crise de um usuário pode ser desencadeada por diferentes dimensões sendo necessária uma avaliação situacional para elaboração da intervenção adequada, na questão 13, 1 de 5 participantes discorda parcialmente com o isolamento do usuário perante uma crise, e os outros 4 de um total de 5, discorda plenamente que o isolamento é a melhor maneira de lidar com a crise, percebendo-se que este pode acarretar em mais sofrimentos para a pessoa, pois pode vir carregado de olhares estigmatizantes de quem está em volta.

Figura 14: Resultado da questão 13.

O isolamento é a melhor maneira de lidar com usuários em crise, pois assim ele não atingirá outras pessoas.



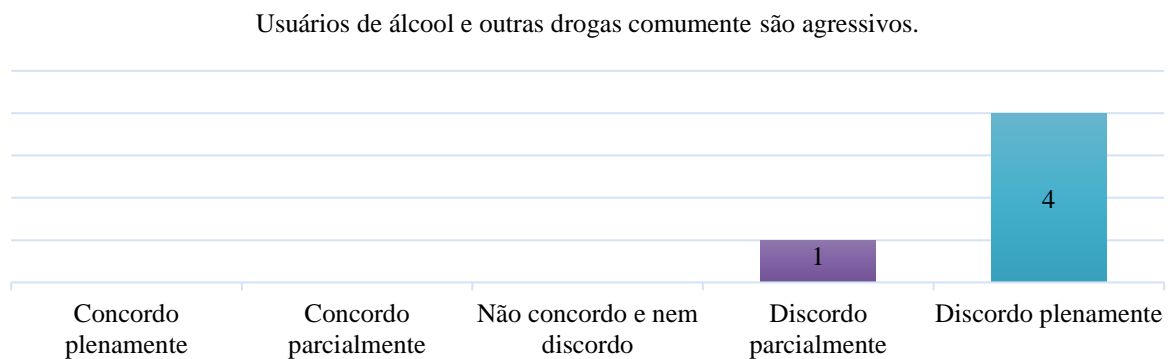
Fonte: Elaboração própria (2018).

Um dos principais rótulos do dependente químico é o seu caráter violento, pois se sabe que as drogas são substâncias que provocam alterações físicas e psicológicas nas pessoas que as consomem. Porém, essas se apresentam de formas diferentes em cada pessoa; as alterações psicológicas podem estar associadas ao contexto de vida do usuário, portanto durante a estada

da acadêmica-pesquisadora no CAPS AD III pode ser observado que os indivíduos que apresentam tal característica, são agressivos em estado de uso ou de abstinência, isto está relacionado à sua subjetividade e não ao vício.

Quanto a isso, na questão 17, 4 de 5 participantes discordam plenamente que o usuário de álcool e drogas é comumente agressivo, apenas 1 do total de 5 discorda parcialmente que agressividade seja inerente a dependência.

Figura 15: Resultado da questão 17.



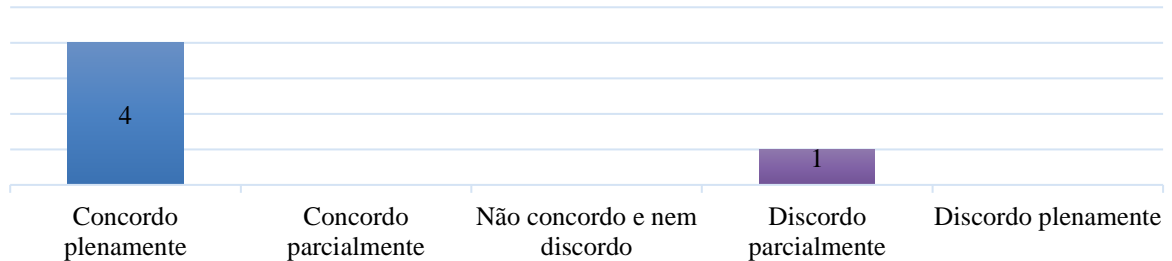
Fonte: Elaboração própria (2018).

Para que venha a luz na sociedade que determinadas crenças enraizadas sobre dependentes químicos e outras minorias sociais são prejudiciais, e acarreta em segregação e marginalização devido a falta de conhecimentos, é importante que se debata mais sobre esses assuntos desenvolvendo mais políticas públicas e divulgando maiores informações sobre as diferenças existentes na vida do ser humano. Portanto a reinserção social proporciona oportunidades de reajustamento das habilidades de convívio do usuário, harmonizando vários fatores determinantes em sua vida para que esse possa desenvolver um projeto de vida futura.

Com relação a isso, na questão 18, apenas 1 do total de 5 participantes discorda parcialmente com a importância da reinserção social no tratamento de álcool e drogas, os outros 4 dos 5, concordam plenamente com sua importância, o que está de acordo com as políticas de saúde mental.

Figura 16: Resultado da questão 18.

A reinserção social do usuário é parte importante do tratamento pois a segregação só serve para estigmatizar ocasionando mais prejuízos.



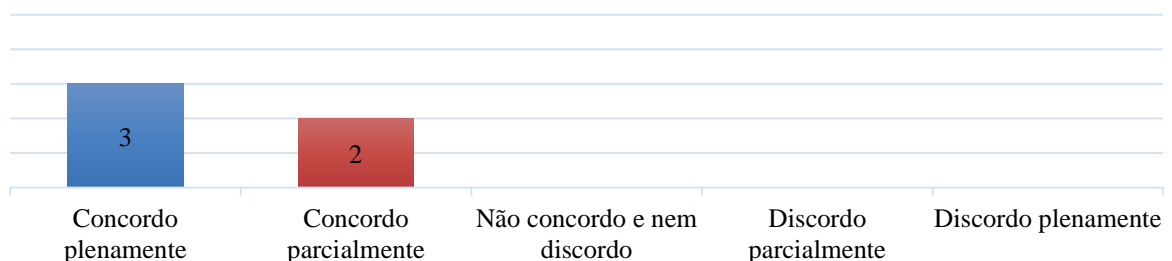
Fonte: Elaboração própria (2018).

Também foram investigadas nesta pesquisa a “Autonomia e subjetividade do indivíduo” em que o princípio de controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva, e a autonomia dos usuários dos serviços, a qual determina a liberdade do indivíduo em gerir livremente a sua vida, efetuando as suas próprias escolhas, compartilhando seus conhecimentos e preferências com a família e equipe multiprofissional, desenvolvendo juntos um projeto terapêutico singular (PTS), estabelecido como uma ferramenta para o plano de ação assistencial composto por um conjunto de intervenções que seguem uma intencionalidade de cuidado integral à pessoa (BRASIL, 2005).

Na questão 4, que aborda a autonomia em casos de vulnerabilidade, 2 de 5 participantes concordam parcialmente que o usuário tem o direito a realizar ou não o tratamento e, 3 do total de 5, concordam plenamente que mesmo tendo vulnerabilidade a escolha do usuário em seguir o tratamento permanece, já que o CAPS AD III segue a lógica da internação voluntária, na qual o tratamento se dá com o consentimento do usuário.

Figura 17: Resultado da questão 4.

Mesmo em casos de vulnerabilidade (física, social etc.) o usuário tem autonomia para realizar ou não o tratamento.

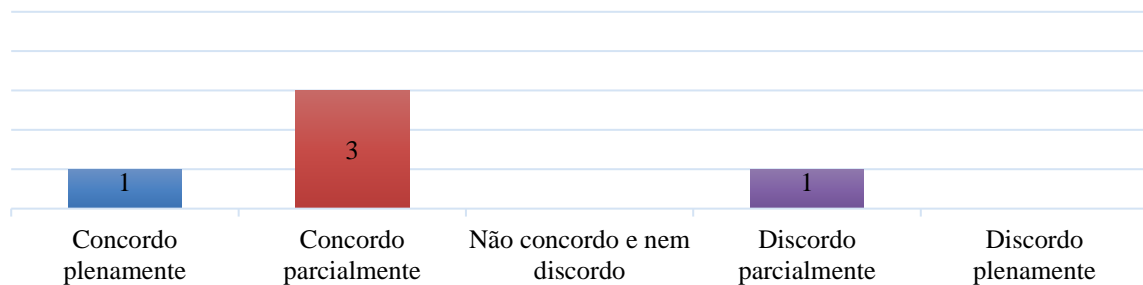


Fonte: Elaboração própria (2018).

Nas questões 8 e 16 expressas nas figuras 18 e 19, os profissionais mostraram-se mais relutantes com as questões de autonomia do usuário em detrimento de seus conhecimentos, o que pode ser observado pelas respostas diferentes obtidas. Ainda foi possível observar em campo que alguns profissionais, após uma única conversa com o usuário embasada por seus conhecimentos prévios na elaboração do PTS, tentam impor sua opinião na escolha das atividades que ele desenvolverá, também em discussões de casos e nas próprias execuções das atividades.

Figura18: Resultado da questão 8.

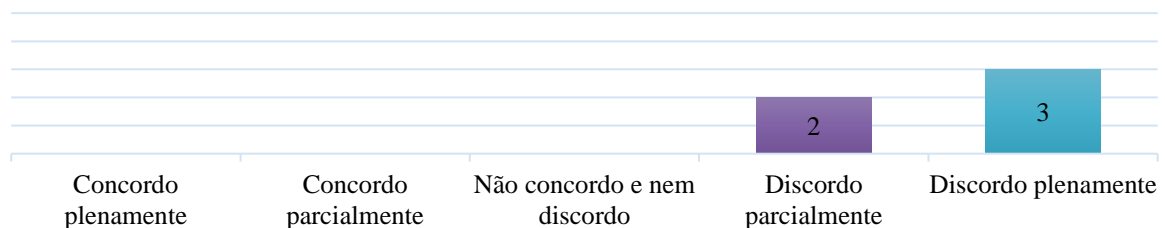
Mesmo o profissional tendo muitos conhecimentos e experiências, o usuário sabe o que é mais adequado com sua subjetividade para o tratamento.



Fonte: Elaboração própria (2018).

Figura 19: Resultado da questão 16.

Um profissional que estudou e tem experiência no manejo na área de saúde mental, sabe o que é melhor para o usuário mais do que ele mesmo que não possui nenhum conhecimento científico/técnico.



Fonte: Elaboração própria (2018).

4.2 ANÁLISES DOS DADOS DAS QUESTÕES ABERTAS

Ao final do questionário havia duas perguntas abertas indagando os fatores que facilitam e os que dificultam o trabalho do profissional no CAPS AD III, as respostas estão transcritas nas tabelas 4 e 5. Com base nas respostas obtidas nos questionários dos psicólogos participantes, pôde ser percebido que a maioria das queixas estão relacionadas a administração do CAPS AD III, onde os profissionais sentem-se sobrecarregados com as demandas do serviço, ainda recebendo pouco auxílio material para execução das suas

atividades, lidando com uma rotatividade frequente da equipe que contém poucos profissionais efetivos e um grande número de residentes e estagiários, que permanecem no serviço por tempo limitado, em contrapartida eles são um ponto facilitador do serviço pois ajudam a fluir o serviço tirando um pouco da carga excessiva dos profissionais efetivos.

Outra dificuldade levantada pelos psicólogos foi o desconhecimento das políticas públicas da saúde mental por parte dos profissionais, porém no questionário, na maioria das questões relativas a este tema os participantes marcaram respostas em concordância com a política. Tal temática levou alguns participantes a comentarem na hora de responder o questionário que seus conhecimentos eram diferentes do que de fato ocorre no serviço, esta discrepância pode ser observada durante o período de coleta de dados.

A falta de coesão da equipe pode ser percebida em diversas questões fechadas que abordavam o manejo de determinadas situações onde os profissionais tiveram respostas diferentes, o que também foi notado durante a observação de campo, onde em algumas ocasiões os profissionais passam por cima das decisões uns dos outros. Um fator que apareceu como facilitador do serviço é a articulação da RAPS, porém por falta de reavaliação dos casos o fluxo no CAPS AD III está intenso, com demandas que às vezes nem são deste serviço.

Tabela 4: Respostas dos psicólogos levantadas nas questões abertas.

Psicólogos	
Fatores que facilitam o trabalho	Fatores que dificultam o trabalho
Presença de residentes e estagiários; Articulação intersetorial – RAPS; Estrutura física; Experiência dos profissionais; Localização geográfica do CAPS.	Desconhecimento da política; Omissão da gestão; Baixa remuneração; Sobrecarga de trabalho; Rotatividade e baixa quantidade de funcionários; Valores morais e religiosos dos profissionais; Dificuldade de materiais e insumos; Manejo da equipe em situações de crise; Falta de coesão da equipe no cuidado com usuário;

Fonte: Elaboração própria (2018).

Nos fatores que facilitam o serviço, os assistentes sociais levantaram como potencializador a organização física do CAPS AD III, também citada pelos psicólogos, e as capacitações e fóruns que são oferecidos com frequência aos servidores, discutida anteriormente na questão 5.

Os assistentes sociais levantaram as mesmas dificuldades que os psicólogos no que tange à equipe e aos recursos disponíveis, acrescentando a falta de equipamentos sociais que atendam uma das vulnerabilidades que frequentemente aparece no CAPS AD III, a falta de

moradia, pois alguns usuários do serviço encontram-se em situação de rua. Outro ponto comum nas duas categorias participantes da pesquisa é a segregação da equipe discutida anteriormente.

Tabela 5: Respostas dos assistentes sociais levantadas nas questões abertas

Assistentes Sociais	
Fatores que facilitam o trabalho	Fatores que dificultam o trabalho
Capacitações e fóruns; Organização do espaço de trabalho; Autonomia no exercício profissional.	Dificuldade de matérias e insumos; Ausência de Equipamentos Sociais (abrigo, casa acolhida, centro pop); Atividades da equipe segregadas.

Fonte: Elaboração própria (2018).

Um fator crucial para um bom desenvolvimento do serviço é uma gestão adequada e presente, que proponha melhorias e resoluções dos problemas, todavia houve mudanças no administrativo e desde então os profissionais não estão se adaptando às novas exigências do serviço e suas queixas não estão sendo ouvidas, o que fez surgir a questão nos fatores que dificultam o trabalho, entretanto, o mesmo pode ser percebido também em outras pesquisas relacionadas a CAPS de outras partes do país (SARAIVA; SANTOS; SOUSA, 2018; RAMMINGER; BRITO 2011, NUNES et al., 2008).

Pôde ser observado que a gestão está priorizando papelada burocrática e procurando entender os “porquês” de situações desagradáveis e até perigosas que vem ocorrendo no serviço, para propor futuras intervenções, fazendo os profissionais no momento se sentirem desassistidos em seu sofrimento, trabalhando desmotivados, o que pode ter levado a inúmeras respostas incoerentes durante o questionário e atitudes inadequadas enquanto observados em suas atividades diárias no CAPS AD III.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa aqui apresentada teve como finalidade primordial observar e descrever se os conhecimentos e atitudes dos profissionais de psicologia e do serviço social do CAPS AD III estão de acordo com a política nacional de saúde mental, analisando quais as práticas de cuidado estes estão oferecendo aos usuários.

A saúde mental passou por momentos difíceis ao longo da história, com episódios de exclusão e isolamento da pessoa com transtorno mental e outros rejeitados da sociedade, em que não se sabia como lidar com o diferente, apenas procurava escondê-lo dos olhos da comunidade, passando por períodos também de segregação do indivíduo, o enxergando apenas na perspectiva de um âmbito de vida, mas isso vem mudando aos poucos após a Reforma Psiquiátrica, no Brasil, através da rede de atenção psicossocial é investindo na integralidade do sujeito através do trabalho com equipes multidisciplinares, visando sempre um tratamento amplo e singular garantindo a autonomia de cada um.

Assim, nesse estudo foi possível verificar que há divergências entre as maneiras de agir dos profissionais e o que é estabelecido pela política, bem como dissonância em seus modelos de assistência, entretanto diante do cenário atual de baixa assistência da gestão, nota-se que os profissionais trabalham com as variáveis disponíveis, conforme o que foi discutido nas análises, tentando manter-se em conformidade com o que é previsto em lei, por vezes mantendo-se acomodados no modelo biomédico, onde há a facilidade de camuflagem dos sentimentos e comportamentos dos usuários através de medicações, por falta de recursos materiais e incentivos financeiros do Estado, aliados a sobrecargas de trabalho e falta de reconhecimento.

Em dezembro de 2017 foram aprovadas pelo Ministério da Saúde mudanças na política de saúde mental, onde houve um retrocesso quanto a Reforma Psiquiátrica, pois foi proposto a abertura e manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, a ampliação de recursos para comunidades terapêuticas e a limitação na oferta de serviços extra-hospitalares, vislumbrando um redirecionamento progressivo de uma rede comunitária para um modelo baseado em instituições médico centradas, privadas, promotoras de estigma e segregação e que se mostrou historicamente ineficiente.

Portanto, se fazem necessárias pesquisas na área de gestão e administração CAPS AD III, para se compreender o que precisa ser feito para garantir mais dignidade aos servidores e os insumos necessários para se trabalhar adequadamente, bem como pesquisas na área das capacitações, para se entender quais são os tipos de capacitações e o motivo de mesmo com

elas a equipe não se manter coesa no tratamento oferecido, bem como pesquisas em outros pontos da rede, para averiguação na articulação da RAPS, para entender os motivos do intenso fluxo de usuários no CAPS AD III de Palmas – TO.

Para tanto, se pode afirmar que os profissionais do CAPS AD III de Palmas – TO, mesmo enfrentando todas as dificuldades discutidas na pesquisa, estão tentando prestar um bom serviço à comunidade, propondo-se a ajudar os usuários do serviço em suas demandas, pois, mesmo estas, às vezes, não sendo exatamente adequadas, com este ponto da rede, eles conseguem ofertar cuidados e atenção em diversas esferas da vida das pessoas desassistidas pela sociedade e por outros serviços.

Portanto, ações que promovam melhorias e acolham também os servidores em seus sofrimentos são fundamentais de serem discutidas mais intensamente no sentido de auxiliar e motivar tais profissionais para continuar prestando apoio aos cidadãos necessitados. Assim talvez, com mais subsídios, os profissionais consigam incentivar e conduzir os usuários na busca pela qualidade de vida e de seus direitos civis e constitucionais, como o pretendido no modelo biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001. 132 p.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 8.080**. Lei Orgânica da Saúde de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 10.216**, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 130**, de 26 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União.

CARLOS NETO, D.; DENDASCK, C.; OLIVEIRA, E. de. A evolução Histórica da Saúde Pública – **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**- Vol. 1. Ano. 1. Março. 2016, p : 52-67 ISSN:2448-0959

CEGALLA, D. P. **Dicionário Escolar da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2005.

CHERUBINI, K. G. **Modelos Históricos de Compreensão da Loucura**. Da Antiguidade Clássica a Philippe Pinel. Teresina: Jus Navigandi, 2006. Disponível em: <.>. Acesso em: 21 abr. 2018.

DEJOURS, C. Por um Novo Conceito de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p.7-11, abr. 1986.

ENGEL, M. G. **Os Delírios da Razão: Médicos, loucos e hospícios**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

FIGUEIRÊDO, M. L. de R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre Loucos e Manicômios: História da Loucura e a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Maceió: **Cadernos de Graduação: Ciências Humanas e Sociais**, 2014.

FONTE, E. M. M. da. **Da Institucionalização da Loucura à Reforma Psiquiátrica: as Sete Vidas da Agenda Pública em Saúde Mental no Brasil**. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>>. Acesso em: 20 abr. 2018.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão.** Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

GARCIA, J. R. L. Entre a "Loucura" e a Hanseníase: Interfaces Históricas das Práticas e Políticas Instituídas. **Hansen. Int.**, 2001; 26(1):14-22

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisas.** 2002. Disponível em:
<file:///C:/Users/USUÁRIO/Downloads/GIL- 2002- Como Elaborar Projeto de Pesquisa.PDF>. Acesso em: 15 fev. 2018.

_____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 2008. Disponível em:
<<https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

LUNARDI, V. L. Problematizando Conceitos de Saúde, a partir do Tema da Governabilidade dos Sujeitos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p.26-40, 1999.

MILLANI, H. de F. B.; VALENTE, M. L. L. de C. O Caminho da Loucura e a Transformação da Assistência aos Portadores de Sofrimento Mental. Ribeirão Preto: **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, 2008.

MOTTA, F. C. **Conceito de Saúde Segundo a OMS.** Disponível em:
<<http://www.alternativamedicina.com/medicina-tropical/conceito-saude>>. Acesso em: 03 maio 2018.

NUNES, M. et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Braisl. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, 2008.

ORNELLAS, C.P. As Doenças e os Doentes – a Apreensão das Práticas Médicas no Modo de Produção Capitalista. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 1, p. 19-26, janeiro 1999.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. **O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução.** Brasília: Psicologia: Teoria e Pesquisa, p. 203-211, 2009.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. de. "Cada CAPS é um CAPS": uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. Rio de Janeiro: **Psicologia e Sociedade**, 2011.

SARAIVA, R. S. P.; SANTOS, W. A.; SOUSA, S. F. de. **A História da Saúde Mental no Brasil: Considerações e Desafios.** Disponível em:
<<http://fiponline.edu.br/coopex/pdf/cliente=3-461bb51bcf9f8f11187607cc90b75f9a.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2018.

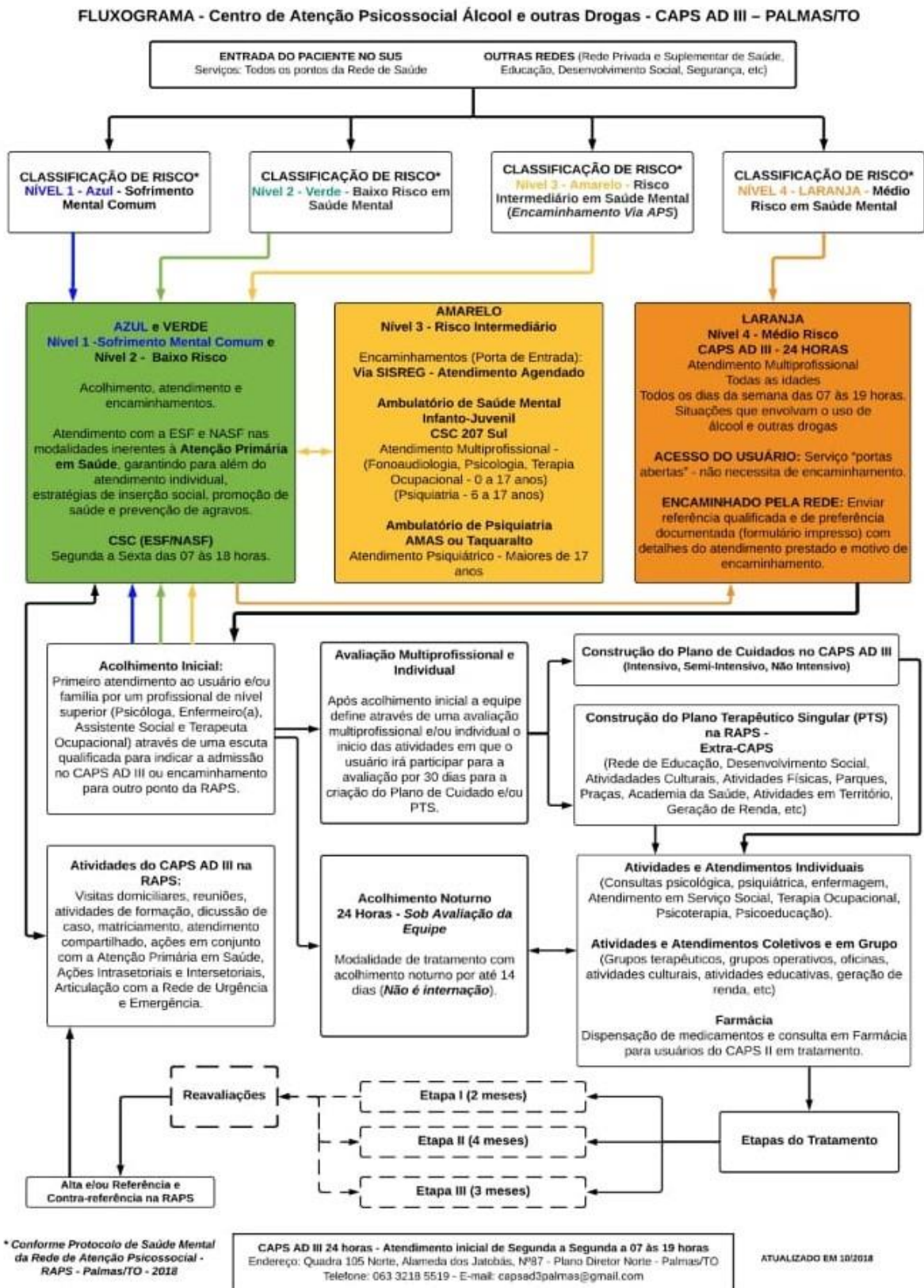
SEVALHO, G. Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais de Saúde e Doença. Rio de Janeiro: **Cadernos de Saúde Pública**, p. 349-363. jul/set 1993.

SCHWIDERSKI, A. C.; TCHAIKOVSKI JUNIOR, O.; MANZARRA, S. **Protocolo de Procedimentos de Contenção Mecânica.** Pinhais: Adauto Botelho - Hospital Colônia, 2012. Color.

SILVEIRA, D. T.; GERHARDT, T. E. **Métodos de Pesquisa**. 2009. Disponível em:
<<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2018.

ANEXOS

ANEXO 1 - FLUXOGRAMA DO CAPS AD III – PALMAS/TO



ANEXO 2: PARECER DO CEP

CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUTERANO DE PALMAS -
ULBRA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Levantamento dos modelos de assistência ao usuário no CAPS AD III de Palmas-TO

Pesquisador: Lauriane dos Santos Moreira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 97104818.8.0000.5516

Instituição Proponente: Centro Universitário Luterano de Palmas - ULBRA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.949.072

Apresentação do Projeto:

-- Tema: LEVANTAMENTO DOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA AO USUÁRIO NO CAPS AD III DE PALMAS – TO.

-- Problema de Pesquisa

As práticas dos os profissionais de nível superior do CAPS AD III de Palmas – TO no processo saúde-doença dos usuários prevalecem de acordo com o modelo biomédico ou modelo biopsicossocial?

-- Hipóteses

Em virtude do modelo biomédico (a partir do contato da acadêmica-pesquisadora com diferentes dispositivos de saúde) ser a lógica que boa parte das instituições de saúde atuam, apesar do conhecimento da perspectiva biopsicossocial, hipotetiza-se que os profissionais de nível superior do CAPS AD III de Palmas - TO também trabalhem a partir do biomédico.

-- Desenho do Estudo

A pesquisa terá como objeto o modelo de cuidado utilizado pelos profissionais de nível superior prestadores de serviço no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas, CAPS AD III, de Palmas – TO, que presta atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento 24h por dia, conforme preconizado pela Portaria MS Nº 130/2012.

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541

Bairro: Plano Diretor Sul **CEP:** 77.019-900

UF: TO **Município:** PALMAS

Telefone: (63)3219-8076

Fax: (63)3219-8005

E-mail: etica@ceulp.edu.br

Continuação do Parecer: 2.949.072

Será uma pesquisa-participante, dado que a pesquisadora estará envolvida com as pessoas investigadas. Devido a um aprofundamento dos questionamentos propostos para compreensão de um grupo social, tal pesquisa tem natureza qualitativa, e possui como característica metodológica o estudo de campo, já que a pesquisadora fará a coleta de dados no local real onde ocorre o fenômeno ou objeto de estudo pesquisado (GIL, 2002). A pesquisa será ainda descritiva, que têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2008), descrevendo o modelo de cuidado ofertado pelos profissionais de nível superior do CAPS AD III de Palmas – TO.

Quanto à natureza da pesquisa terá uma abordagem qualitativa, uma vez que se preocupará, portanto, com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (GERHARDT; SILVEIRA, 2009) para compreensão dos comportamentos em questão. Alguns instrumentos para a coleta de dados serão desenvolvidos para serem utilizados como auxílio à pesquisadora. Tais dados serão analisados à luz da Política Nacional de Saúde Mental e dos modelos de saúde-doença identificados.

-- Universo e Amostragem

Serão convidados a participar da pesquisa todos os 20 profissionais de nível superior que estão trabalhando no CAPS AD III de Palmas, os quais se tornarão participantes perante a aceitação e assinatura do TCLE.

--Local e Período de Realização do Estudo:

A pesquisa será realizada no período entre agosto e setembro de 2018, no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas, CAPS AD III, de Palmas – TO, que funciona as 24 (vinte e quatro) horas do dia e que presta atenção integral e contínua ambulatorial e de apoio matricial na Atenção Básica a adultos ou crianças e adolescentes com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, e também seus familiares, consistindo em um serviço aberto, de base comunitária que funcione segundo a lógica do território (Portaria MS Nº 130/2012).

Critério de Inclusão:

- Serão convidados a participar todos os profissionais de nível superior que estiver desenvolvendo atividades no CAPS AD III de Palmas – TO, estando no serviço há no mínimo 6 (seis) meses.
- Concordância em assinar o TCLE.

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul **CEP:** 77.019-900
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3219-8076 **Fax:** (63)3219-8005 **E-mail:** etica@ceulp.edu.br

Continuação do Parecer: 2.949.072

Critério de Exclusão:

- Residentes
- Questionários não respondidos completamente
- Profissionais que não for possível observar a atuação
- Não assinatura do TCLE.

-- Instrumentos:

Como instrumento para coleta de dados será desenvolvido um questionário no modelo de escala Likert, respaldado na Política Nacional de Saúde Mental. Paralelo a isso, durante a estada da pesquisadora no local do estudo, serão relatadas todas as suas observações em um diário de campo.

-- Variáveis

O projeto não explicita quais variáveis estarão presentes, entretanto cita em seu texto que os objetivos e a metodologia estão correlacionadas com as variáveis do contexto onde o trabalho será desenvolvido.

-- Desfechos

Estima-se que tal pesquisa trará reconhecimento das potencialidades e fraquezas do cuidado ofertado pelos profissionais do CAPS AD III, a partir das variáveis disponíveis naquele contexto. Após tal identificação, será possível formular reflexões acerca da atuação profissional para a superação dos entraves percebidos, e fomentar estratégias de melhora assistencial, resultando em melhor qualidade e produtividade de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental.

Os procedimentos que envolvem a pesquisa pretendem identificar as práticas dos profissionais de áreas diversas de formação e se os mesmos têm conhecimento da Política Nacional de Saúde Mental para, em seguida, avaliar se a atuação dos envolvidos é com ela coerente, verificando, assim, o modelo de cuidado ofertado no serviço.

Etapa 1 - Apresentação da pesquisa: Inicialmente a acadêmica-pesquisadora enviará o trabalho para apreciação da Fundação Escola de Saúde Pública (FESP) do município de Palmas – TO. Após

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul **CEP:** 77.019-900
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3219-8076 **Fax:** (63)3219-8005 **E-mail:** etica@ceulp.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUTERANO DE PALMAS -
ULBRA



Continuação do Parecer: 2.949.072

aprovado, se entrará em contato com o coordenador do CAPS AD III para apresentar a presente pesquisa e, em seguida, a acadêmica-pesquisadora marcará reunião com todos os profissionais do serviço e realizará a apresentação desta de uma única vez, mas sabendo da possível dificuldade em organizar uma agenda que seja adequada a todos, se dispõe a acessá-los individualmente, se for o caso, depois que assinarem o TCLE (APÊNDICE A).

Etapa 2: Observação in loco: Serão feitas visitas à sede da CAPS AD III para acessar sua estrutura física, verificar o planejamento, desenvolvimento e funcionamento das atividades diárias. O intuito é compreender a rotina de trabalho e questões diversas que dificultem ou facilitem a oferta de cuidado de qualidade aos usuários. Desse modo, se participará das atividades de grupo, individuais, reuniões de equipe, dentre outras. Tais observações seguirão um roteiro de observação (APÊNDICE C) elaborado especificamente para o campo que estará sendo realizada a pesquisa, e em seguida tudo irá ser registrado em um diário de campo.

Etapa 3: Aplicação de questionário: Será aplicado nos participantes da pesquisa um questionário no modelo de escala Likert (APÊNDICE B), respaldado na Política Nacional de Saúde Mental para que respondam de acordo com seus conhecimentos e práticas dentro do serviço. O questionário será aplicado numa sala reservada, disponibilizada pelo serviço, de modo que garanta o sigilo das informações coletadas. O questionário é autoexplicativo e pode ser respondido pelo próprio sujeito da pesquisa sem necessidade de mediação. No entanto, caso alguma questão colocada precise de explicações adicionais, a acadêmica-pesquisadora estará à disposição para orientar.

Etapa 4: Análise dos dados: Após a coleta de dados, composta de observações das atividades in loco e aplicação de questionário, feita nas etapas anteriores, os resultados serão analisados à luz da Política Nacional de Saúde Mental e dos modelos de saúde-doença, respondendo ao objetivo do presente estudo.

-- Estratégia de análise:

Após a coleta de dados feita nas etapas anteriores, os resultados serão analisados à luz da Política Nacional de Saúde Mental e dos modelos de saúde-doença, respondendo ao objetivo do presente estudo.

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul **CEP:** 77.019-900
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3219-8076 **Fax:** (63)3219-8005 **E-mail:** etica@ceulp.edu.br

Continuação do Parecer: 2.949.072

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Descrever quais as práticas de cuidado aos usuários prevalecem entre os profissionais do CAPS AD III de Palmas-TO.

Objetivos Específicos:

- Discutir o processo saúde-doença na perspectiva biomédica e biopsicossocial
- Apresentar a perspectiva de saúde mental defendida pela Política Nacional de Saúde Mental
- Verificar se as práticas promovidas pelos profissionais de nível superior do CAPS AD III estão de acordo com o que está previsto na Política Nacional de Saúde Mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos:

Nesta pesquisa tem-se o risco de constrangimento por parte dos participantes por estarem expondo seus modos de agir no contexto de trabalho ao mesmo tempo em que estarão sendo observados pela pesquisadora. Outro risco que pode surgir é a dissonância cognitiva ao perceberem que suas atitudes podem não estar coerentes com seus discursos. Para minorar tais riscos, o participante que apresentar sintomas e queixas relacionadas a isso, será encaminhado para o Serviço de Psicologia (SEPSI) do CEULP/ULBRA, para que tenha um acompanhamento psicoterapêutico.

- Benefícios: [informado pelos autores] "Os benefícios se relacionarão especialmente com o fato desse estudo possibilitar aos participantes reconhecer melhor o modelo de atuação que está exercendo mediante as variáveis disponíveis naquele contexto. Com isso poderá proporcionar situações de reflexão acerca da atuação profissional e fomentar possíveis estratégias de melhora assistencial, gerando uma prática mais adequada, consonante com a Política Nacional de Saúde Mental e, especialmente, ofertando cuidado de qualidade aos usuários do serviço."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- A pesquisa tem relevância social e científica, pois buscará Descrever quais as práticas de cuidado aos usuários prevalecem entre os profissionais do CAPS AD III de Palmas-TO.
- O protocolo, em geral, apresenta de modo organizado. Entretanto, a declaração do pesquisador

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul **CEP:** 77.019-900
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3219-8076 **Fax:** (63)3219-8005 **E-mail:** etica@ceulp.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUTERANO DE PALMAS -
ULBRA



Continuação do Parecer: 2.949.072

responsável não está assinada Atende parcialmente a Resolução 466/12 estando adequado para ser desenvolvido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto – de acordo.

Declaração de Compromisso do Pesquisador Responsável – assinada.

Orçamento financeiro - detalha os recursos e destinação no protocolo de cadastro da PB, apresentado em moeda nacional.

Cronograma - descreve a duração total e as diferentes etapas da pesquisa, com compromisso explícito.

TCLEs– de acordo.

Documento da Instituição Campo Autorizando o Estudo – Autorizado pela FESP – Fundação Escola de Saúde de Palmas.

Projeto de pesquisa - anexado de forma original na íntegra.

Instrumentos de coleta – construídos em conformidade com os objetivos da pesquisa;

Os currículos dos pesquisadores atendem as exigências para esta pesquisa.

Recomendações:

- Conforme item XI (DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL) na Resolução CONEP 466/12, destaca-se aqui apenas como lembrete:

XI.2 - Cabe ao pesquisador:

c) desenvolver o projeto conforme delineado;

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e/ou finais;

f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto;

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul **CEP:** 77.019-900
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3219-8076 **Fax:** (63)3219-8005 **E-mail:** etica@ceulp.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUTERANO DE PALMAS -
ULBRA



Continuação do Parecer: 2.949.072

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente trabalho não apresenta óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1191146.pdf	25/09/2018 21:59:42		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCC.docx	25/09/2018 21:59:17	DANIELA PORTELA DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	carta.docx	25/09/2018 21:57:28	DANIELA PORTELA DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	decla.docx	25/09/2018 21:37:49	DANIELA PORTELA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	25/09/2018 21:17:08	DANIELA PORTELA DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	29/08/2018 15:17:50	DANIELA PORTELA DE OLIVEIRA	Aceito
Parecer Anterior	fesp.pdf	29/08/2018 15:11:04	DANIELA PORTELA DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	2.docx	13/08/2018 14:34:46	DANIELA PORTELA DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	lauriane310001.pdf	13/08/2018 14:18:06	DANIELA PORTELA DE OLIVEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PALMAS, 08 de Outubro de 2018

Assinado por:
Fernando Rodrigues Peixoto Quaresma
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul **CEP:** 77.019-900
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3219-8076 **Fax:** (63)3219-8005 **E-mail:** etica@ceulp.edu.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
LUTERANO DE PALMAS -
ULBRA



Continuação do Parecer: 2.949.072

Endereço: Avenida Teotônio Segurado, 1501 Sul Prédio 5 Sala 541
Bairro: Plano Diretor Sul **CEP:** 77.019-900
UF: TO **Município:** PALMAS
Telefone: (63)3219-8076 **Fax:** (63)3219-8005 **E-mail:** etica@ceulp.edu.br

ANEXO 3: PARECER DA FESP



FUNDAÇÃO ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PALMAS

NÚCLEO DE PESQUISA

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS

Título do Projeto: Levantamento de Modelos de Assistência ao Usuário no CAPS AD III De Palmas - TO
Responsável pelo Projeto: Daniela Portela De Oliveira
Instituição de Ensino: Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA)
Membro da Comissão:
Data da Reunião: 16.08.18
Descrição da Avaliação das Etapas do Projeto
Título: É pertinente e descreve adequadamente o objetivo proposto na pesquisa.
Introdução/justificativa: De forma geral a Introdução e o Referencial Teórico fundamentam o propósito da pesquisa e fornece os elementos necessários para a compreensão do texto.
Problema de pesquisa: pertinente e atualizado.
Objetivos: Claros e coerentes.
Metodologia: Descreve de forma clara e precisa as condições e procedimentos necessários.
Aspectos éticos: Respeita os princípios éticos estabelecidos.
Cronograma: Necessita de pequenos ajustes. Sugerimos ajustes.
Orçamento: Orçamentos e fontes de recursos condizentes.
Referências bibliográficas: Referencias oportunas e atualizadas.
Instrumentos de coleta de dados: Condizentes com os objetivos e a proposta metodológica.
Consta o termo de responsabilidade do pesquisador responsável assinado e com CPF? Sim.
Observação final: As adequações no Cronograma não interferem no andamento do Projeto.
PARECER: <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado <input type="checkbox"/> com pendência <input type="checkbox"/> Reprovado
Palmas, 20 de agosto de 2018

Dra. Lorena Dias Monteiro
Enfª Sanitarista
COREN 73210-TO

Lorena dias Monteiro

Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisa

Núcleo de Pesquisa da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), da pesquisa sob o título “**Levantamento dos Modelos de Assistência Utilizados no CAPS AD III de Palmas - TO**”. Eu, **Daniela Portela de Oliveira**, sou estudante de Psicologia orientada pela pesquisadora responsável professora Me. Lauriane dos Santos Moreira. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo por telefone (63) 99293-1546 e com a orientadora da pesquisa, no telefone: (63) 99244-2157. Durante todo o período da pesquisa você tem o direito de tirar qualquer dúvida como, também, de pedir qualquer esclarecimento sobre questões éticas aplicadas a pesquisa, no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEP/CEULP, telefone: (63) 3219-8076.

Esta pesquisa tem por objetivo investigar e descrever o modelo de cuidado que prevalece entre os profissionais do CAPS AD III da cidade de Palmas – TO. Acreditamos que a pesquisa seja importante, pois este estudo possibilitará identificar as mudanças já efetivadas após a Reforma Psiquiátrica, seus sucessos e fracassos, possibilitando aos participantes da pesquisa reconhecer melhor o modelo de atuação que está exercendo. Tudo isso, de maneira contextualizada, ou seja, sem desprezar a realidade dos participantes.

Para a coleta de dados será aplicado um questionário no modelo de escala Likert, respaldado na Política Nacional de Saúde Mental, que tem como objetivo compreender a rotina de trabalho e as práticas utilizadas pelos diferentes profissionais que compõe a equipe multidisciplinar, para que se tenha uma visão mais ampla do que dificulta ou facilita uma oferta de cuidado de qualidade aos usuários. Paralelo a isso, durante a estada da pesquisadora no local do estudo, será relatado todas as suas observações em um diário de campo.

Assinatura do Participante

Daniela Portela de Oliveira
Acadêmica-Pesquisadora

Lauriane dos Santos Moreira
Pesquisador Responsável

É possível que você vivencie algum incômodo ou constrangimento em responder alguma questão presente no questionário. Você pode, a qualquer momento, se recusar a participar da pesquisa e solicitar a retirada de suas informações do material produzido. É nossa responsabilidade manter o sigilo absoluto de seus dados pessoais, garantir sua privacidade e anonimato, tal qual está descrito na resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS nº 466/12. As suas informações pessoais serão mantidas em absoluto sigilo, e quando utilizados os dados para fins acadêmicos, estes serão divulgados de forma coletiva, sem expor suas características individuais.

Caso o participante se sinta prejudicado comprovadamente decorrente da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial, os possíveis prejuízos serão de responsabilidade da acadêmica-pesquisadora, da pesquisadora e da instituição responsável. Se necessário for, o participante será encaminhado ao Serviço de Psicologia (SEPSI) do CEULP. Informa-se ainda que essa pesquisa não trará custo financeiro ao participante e também não há nenhum tipo de gratificação remunerada pela sua participação nesta pesquisa, pois se trata de uma ação voluntária.

Após análise dos dados obtidos, a acadêmica-pesquisadora apresentará estes resultados à instituição do CAPS, tendo zelo com as informações, sempre visando o sigilo, por meio de uma roda de conversa, uma vez que poderá contribuir para que possam emergir reflexões, acerca de práticas exercidas no serviço, com o objetivo de trazer melhorias na prestação de cuidado aos usuários de substâncias psicoativas.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizado. Os dados e os instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável, por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais: sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra ficará com o participante.

Assinatura do Participante

Daniela Portela de Oliveira

Acadêmica-Pesquisadora

Lauriane dos Santos Moreira

Pesquisador Responsável

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a acadêmica pesquisadora responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expresso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

CONTATOS:

Daniela Portela de Oliveira

Endereço: 204 sul alameda 10 nº 42
Palmas – Tocantins
Telefone: (63) 99293-1546
E-mail: danidpo2010@gmail.com

Lauriane dos Santos Moreira

Endereço: 1501 Sul, Av. T. Segurado
Prédio 2, Coord.de Psicologia
Telefone: (63) 99244-2157
E-mail: lauriane@ceulp.edu.br

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEPCEULP

Endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas - TO CEP 77.019-900
Telefone: (63) 3219-8076 E-mail: etica@ceulp.edu.br

Assinatura do Participante

Daniela Portela de Oliveira

Acadêmica-Pesquisadora

Lauriane dos Santos Moreira

Pesquisador Responsável



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Eu, Lauriane dos Santos Moreira, abaixo assinado, pesquisadora responsável envolvida no projeto intitulado: “**Levantamento dos Modelos de Assistência Utilizados no CAPS AD III de Palmas - TO**”. **DECLARO** estar ciente de todos os detalhes inerentes a pesquisa e **COMPROMETO-ME** a acompanhar todo o processo, prezando pela ética tal qual exposto na Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS nº 466/12 e suas complementares, assim como atender os requisitos da Norma Operacional da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP nº 001/13, especialmente, no que se refere à integridade e proteção dos participantes da pesquisa. **COMPROMETO-ME** também a anexar os resultados da pesquisa na Plataforma Brasil, garantindo o sigilo relativo às propriedades intelectuais e patentes industriais. Por fim, **ASSEGURO** que os benefícios resultantes do projeto retornarão aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa.

Palmas, ____ de _____ de 2018.

Lauriane dos Santos Moreira

Psicóloga – CRP 23/356

Daniela Portela de Oliveira

Acadêmica Pesquisadora – RG 906.430 SSP/TO

APÊNDICE B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Profissional Observado:
Acolhimento inicial Quais os dados levantados no acolhimento inicial? O que é feito após acolhimento inicial?
Discussão de caso Como são avaliadas as demandas? Como procede em relação ao sigilo de algumas informações?
Elaboração de PTS Como é feito o planejamento do PTS? Como é o acompanhamento de seus referenciados?
Reunião de equipe Como se dá o cuidado compartilhado? Como o profissional lida com as limitações de sua função? Como é o relacionamento com a equipe?
Situação de crise Como o profissional atua sendo o técnico de referência de um usuário em crise? Como é o manejo do profissional perante ao usuário?

Como é o manejo do profissional perante a equipe?

Como é o manejo do profissional perante aos demais usuários?

Manejo

Individual:

De grupo:

Da família:

Outras observações:

Descrição da instituição e processos de trabalho:

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO SOBRE MODELO DE ASSISTÊNCIA PRESTADA POR
PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM NO CAPS AD III DE PALMAS-TO

1- O CAPS AD III tem por função promover junto aos usuários e familiares a compreensão das Políticas Públicas de Saúde Mental de Álcool e outras Drogas e da defesa de seus direitos.

- Concordo plenamente**
- Concordo parcialmente**
- Não concordo e nem discordo**
- Discordo parcialmente**
- Discordo plenamente**

2- A terapia medicamentosa é prioridade no tratamento de transtornos mentais

- Concordo plenamente**
- Concordo parcialmente**
- Não concordo e nem discordo**
- Discordo parcialmente**
- Discordo plenamente**

3- O CAPS AD III precisa ter disponibilidade para acolher casos novos e já vinculados, sem agendamento prévio e sem qualquer outra barreira de acesso, em todos os dias da semana.

- Concordo plenamente**
- Concordo parcialmente**
- Não concordo e nem discordo**
- Discordo parcialmente**
- Discordo plenamente**

4- Mesmo em casos de vulnerabilidade (física, social etc.) o usuário tem autonomia para realizar ou não o tratamento.

- Concordo plenamente**
- Concordo parcialmente**
- Não concordo e nem disco**
- Discordo parcialmente**
- Discordo plenamente**

5- O CAPS AD III tem como uma de suas funções supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial.

- Concordo plenamente**
- Concordo parcialmente**
- Não concordo e nem discordo**
- Discordo parcialmente**
- Discordo plenamente**

6- Em caso de agitação psicomotora a contenção mecânica deve ser efetuada antes da contenção medicamentosa.

- Concordo plenamente**
- Concordo parcialmente**
- Não concordo e nem discordo**
- Discordo plenamente**
- Discordo parcialmente**

7- A realização de um diagnóstico é essencial para um tratamento correto.

- Concordo plenamente**
- Concordo parcialmente**
- Não concordo e nem discordo**
- Discordo plenamente**
- Discordo parcialmente**

8- Mesmo o profissional tendo muitos conhecimentos e experiências, o usuário sabe o que é mais adequado com sua subjetividade para o tratamento.

- Concordo plenamente**
- Concordo parcialmente**
- Não concordo e nem discordo**
- Discordo parcialmente**
- Discordo plenamente**

9- Atividades terapêuticas (grupos operativos, oficinas, etc.) são prioridade no tratamento de usuários de álcool e outras drogas.

- Concordo plenamente**
- Concordo parcialmente**
- Não concordo e nem discordo**
- Discordo parcialmente**
- Discordo plenamente**

10- Para que haja um bom funcionamento do serviço a opinião dos usuários deste serviço não é o mais relevante, e sim que se faça cumprir as regras pré-estabelecidas.

- Concordo plenamente**
- Concordo parcialmente**
- Não concordo e nem discordo**
- Discordo parcialmente**
- Discordo plenamente**

11- Os usuários diagnosticados com transtornos mentais não têm os mesmos direitos civis que os demais, pois não estão com suas faculdades mentais plenas.

- Concordo plenamente**
- Concordo parcialmente**
- Não concordo e nem discordo**
- Discordo parcialmente**
- Discordo plenamente**

12- O CAPS AD III deve orientar-se pelos princípios da redução de danos.

- Concordo plenamente**
- Concordo parcialmente**
- Não concordo e nem discordo**
- Discordo parcialmente**
- Discordo plenamente**

13- O isolamento é a melhor maneira de lidar com usuários em crise, pois assim ele não atingira outras pessoas.

- Concordo plenamente**
- Concordo parcialmente**
- Não concordo e nem discordo**

Discordo parcialmente

Discordo plenamente

14- Problemas de ordem pessoal do usuário (com família, emprego, moradia) devem ser resolvidos por ele mesmo, não deixando que isso interfira em seu tratamento no CAPS AD III.

Concordo plenamente

Concordo parcialmente

Não concordo e nem discordo

Discordo parcialmente

Discordo plenamente

15- Usuários sob efeito de substâncias psicoativas não devem ser atendidos no CAPS AD III, mas apenas em estado abstinente.

Concordo plenamente

Concordo parcialmente

Não concordo e nem discordo

Discordo parcialmente

Discordo plenamente

16- Um profissional que estudou e tem experiência no manejo na área de saúde mental, sabe o que é melhor para o usuário mais do que ele mesmo que não possui nenhum conhecimento científico/técnico.

Concordo plenamente

Concordo parcialmente

Não concordo e nem discordo

Discordo parcialmente

Discordo plenamente

17- Usuários de álcool e outras drogas comumente são agressivos.

Concordo plenamente

Concordo parcialmente

Não concordo e nem discordo

Discordo parcialmente

Discordo plenamente

18- A reinserção social do usuário é parte importante do tratamento pois a segregação só serve para estigmatizar ocasionando mais prejuízos.

Concordo plenamente

Concordo parcialmente

Não concordo e nem discordo

Discordo parcialmente

Discordo plenamente

**19 – QUAIS SÃO OS FATORES QUE FACILITAM O SEU TRABALHO NO CAPS
AD III?**

**20 – QUAIS OS FATORES QUE DIFICULTAM O SEU TRABALHO NO CAPS AD
III?**
