

**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
EDUCA SAÚDE - FAGED
ESPECIALIZAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE MENTAL COLETIVA**

SIMONE CARIN KRETSCHMER PETTERS

O CAPS-ADII NA VISÃO DE USUÁRIOS DE CRACK E SUAS FAMÍLIAS

**PORTO ALEGRE
2012**

SIMONE CARIN KRETSCHMER PETTERS

O CAPS-ADII NA VISÃO DE USUÁRIOS DE CRACK E SUAS FAMÍLIAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

Orientadora: Prof. Ms. Rose Terezinha da Rocha Mayer

**PORTO ALEGRE
2012**

AGRADECIMENTOS

À Deus,

Pela força espiritual para a realização deste trabalho.

Ao meu marido Luís Reinaldo Petters,

Pelo carinho, apoio ajuda e compreensão, o qual não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Ao meu bebê,

Que se comportou direitinho para que eu conseguisse finalizar o meu trabalho.

Aos meus pais Ivo e Clair e minha irmã Patrícia,

Pelo incentivo, ajuda, carinho e apoio.

À minha querida orientadora Rose Mayer,

Pelo convívio, paciência, apoio, pela compreensão e amizade.

Aos meus colegas e amigos, em especial, Letícia, Silvana e Janaína pela cumplicidade, incentivo e apoio constantes.

Ao CAPS-ADII, usuários e familiares,

Que contribuíram para que eu conseguisse realizar a minha pesquisa.

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer o ponto de vista dos usuários de crack e suas famílias em relação ao trabalho desenvolvido no CAPS-ADII de um município da região metropolitana de Porto Alegre. Participaram da pesquisa um usuário e sete familiares que frequentam o grupo multifamiliar no CAPS-ADII. A coleta de dados se deu por meio da realização de um grupo focal, sendo a análise dos dados qualitativa pautada na análise de conteúdo. A análise dos dados do grupo focal revelou três grandes tópicos, que foram: relação, educação e processo de trabalho. Podemos perceber que estes três tópicos se apresentaram como fatores de proteção e ao mesmo tempo fatores de risco no que diz respeito à produção do cuidado.

Palavras-Chave: CAPS; usuários de crack; familiares; grupo focal e cuidado.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
3 PROCESSO DE PESQUISA.....	14
4 ANÁLISE DE DADOS.....	17
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	33
ANEXOS.....	38
APÊNDICE A – QUESTÕES PARA DEBATE NO GRUPO FOCAL.....	38
APÊNDICE B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO.....	39
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	40

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objetivo abordar o tratamento de usuários de crack e suas famílias no CAPS-ADII - Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e/ou outras Drogas em um município da região metropolitana de Porto Alegre. Deste modo, o estudo teve como temática a relação entre o tratamento dos usuários, suas famílias e o funcionamento do serviço.

Sua elaboração possibilitou a criação de um espaço de debate sobre o tratamento dos usuários e familiares que freqüentam o CAPS-ADII, pois é o único serviço especializado do Sistema Único de Saúde - SUS no município que atende às pessoas que apresentam um padrão de dependência ou grave comprometimento sócio-familiar. O método empregado foi o grupo focal e teve como intuito proporcionar a estas pessoas a possibilidade de falar e de dar sugestões que possam melhorar o atendimento realizado no CAPS-ADII. A condução deste grupo seguiu um roteiro (Apêndice A) com tópicos estruturados a partir do objeto da pesquisa.

Verifica-se que as Políticas de Saúde precisam ser mais resolutivas e acessíveis à população. O exercício de participação em assuntos de interesse público é importante para fortalecer os movimentos sociais como sujeitos coletivos e de direitos. Segundo Paoli (1991, p.131):

(...) mostram que sua mobilização muda a qualidade e o entendimento do que vem a ser participação popular: sendo ação coletiva organizada e diferenciada, é ao mesmo tempo algo que vai além da ação, como momentos de descoberta do mundo diversificado e conflitivo, onde “pobres e carentes” se descubram como cidadãos destinados ao exercício das práticas, da reflexão, do debate e das incertezas sobre a condução dos assuntos públicos.

Afirma-se, assim, que é imprescindível a participação da população para um melhor funcionamento do Sistema Único de Saúde. Essa participação visa o exercício da cidadania, tendo como elemento essencial: potencializar a população em exercer o controle de seu destino, promovendo a melhoria das suas condições

de vida e saúde. Por isso, é importante o desenvolvimento de processos participativos que promovam o desenvolvimento da capacidade dos indivíduos (Wallerstein, 1992).

Este trabalho teve como objetivo geral conhecer o ponto de vista dos usuários de crack e suas famílias em relação ao trabalho desenvolvido no CAPS-ADII de um município da região metropolitana de Porto Alegre. Como objetivos específicos: verificar quais os pontos que qualificam o tratamento desenvolvido no CAPS-ADII; identificar os pontos que prejudicam o tratamento dos usuários de crack no CAPS-ADII e; sistematizar a visão dos usuários de crack e seus familiares para qualificar o tratamento desenvolvido no CAPS-ADII.

Esta pesquisa permite compartilhar a visão dos usuários e familiares que frequentam o CAPS-ADII em um município da região metropolitana de Porto Alegre em relação ao tratamento e funcionamento do serviço. A análise dos dados do grupo focal revelou três grandes tópicos, que foram: relação, educação e processo de trabalho. Podemos perceber que estes três tópicos se apresentaram como fatores de proteção e ao mesmo tempo fatores de risco no que se refere aos objetivos que orientaram a pesquisa, bem como à produção do cuidado.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O abuso e dependência de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública no Brasil. Afeta diversas pessoas por diferentes maneiras, razões, contextos e circunstâncias. Portanto, este problema precisa ser trabalhado através da promoção de melhorias na qualidade de vida das pessoas e ênfase no respeito à cidadania e aos direitos humanos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), cerca de 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo, fazem uso abusivo de substâncias psicoativas independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

Muitos usuários de substâncias psicoativas não desejam a abstinência, e por isso acabam abandonando o tratamento. Outros não se sentem acolhidos em suas peculiaridades nos serviços. Por estes motivos, entre outros, o índice de adesão ao tratamento é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário. É importante salientar que a assistência aos usuários de substâncias psicoativas é imprescindível em todos os níveis de atenção. Assim, além dos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e/ou outras Drogas, também precisa ser inserida no cotidiano das Equipes de Saúde da Família, de Agentes Comunitários de Saúde e do conjunto da Rede Básica de Saúde (BRASIL, 2003).

Para Santos et al (2010), os CAPS-ADII são referência para um território e disponibilizam acolhimento, convivência, reinserção social, readaptação funcional do usuário e também podem realizar desintoxicação ambulatorial de quadros leves. É relevante que os CAPS-ADII trabalhem com a Redução de Danos que se apresenta como uma diretriz de trabalho e, tal como os princípios e diretrizes do SUS, os contornos da Saúde Coletiva e das políticas públicas, tem como base uma atenção entre outros aspectos, que, considera o sujeito para além dos problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas; (integralidade), a diversidade de sujeitos e propostas (universalidade), as singularidades e peculiaridades (equidade) e inclui este cidadão e sua rede social e afetiva como corresponsáveis do seu cuidado (participação).

Os CAPS-ADII propõem cuidado diário à população. Cada usuário que entra no serviço, juntamente com o seu técnico de referência, organiza seu plano terapêutico singular. Em termos de funcionamento, possuem atendimentos nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva (BRASIL, 2003).

Deste modo, no tratamento do abuso e dependência de álcool e outras drogas é necessário reconhecer cada sujeito na sua singularidade. O profissional da saúde e o usuário precisam ter um bom vínculo terapêutico, estabelecendo uma relação empática e motivadora e também é crucial que o usuário seja acolhido sem julgamento, sendo sempre respeitado o seu desejo.

No início do tratamento são apresentadas ao usuário informações a respeito das consequências que podem ocorrer em seu organismo devido ao uso de substâncias psicoativas. É indispensável analisar a frequência, intensidade e a circunstância em que a substância psicoativa é utilizada (FERIGOLO et al, 2002), ainda que o cuidado não se restrinja a estes fatores.

A partir do momento que o sujeito se enxergar como um cidadão, com direitos e deveres, e se respeitar como tal, irá se tornar mais fácil a conscientização dos riscos à saúde que possam ser ocasionados pelo uso e abuso de substâncias psicoativas (BARRETO, 2000).

Além do trabalho realizado nos CAPS-ADII, o apoio da família é fundamental para o sucesso do tratamento do abuso e dependência de álcool e outras drogas. A motivação do usuário para a mudança e o apoio da família para mantê-lo motivado são importantíssimos. Diálogo, afeto, carinho e união também são essenciais neste processo.

O usuário e a família precisam de um espaço de fala e escuta que possibilite o entendimento das flutuações como próprias do processo, e da redistribuição de papéis e poder na rede familiar como consequência da melhora do quadro de dependência (SANTOS et al, 2010, p.82).

Em muitos casos, a família é pouco orientada quanto a questões e demandas sobre o uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas. O único conhecimento que as famílias acabam recebendo acerca deste assunto vem dos meios de comunicação e/ou de outras pessoas. Uma família com problemas de relacionamento é um dos fatores de risco para o aparecimento do consumo abusivo de drogas. Segundo Shoham et al (2006) a inclusão da família é uma indicação clínica para o tratamento do abuso e dependência de álcool e outras drogas.

São muitos os fatores que aumentam as chances do consumo de substância psicoativas relacionados com alguns aspectos da vida familiar, como a falta de amor, a subestimação de si mesmo, a condução dúbia da disciplina e a falta de comunicação (BARRETO, 2000).

Existem diversos sentimentos que estão presentes na família dos usuários de substâncias psicoativas. Figlie et al (2004) aborda sobre alguns sentimentos como: raiva, ressentimento, desesperança, dor, impotência, visão negativa do futuro, desintegração, revolta, culpa, vergonha, ausência de barreiras entre as gerações, mitos familiares acentuados, desentendimento conjugal, lealdade secreta diante da conduta inadequada, dificuldade de comunicação e problemas financeiros.

Algumas pessoas não encontram na família, nos amigos e parceiros, na carreira profissional ou na vida social as respostas para suas necessidades e inspirações. Acabam recorrendo a produtos químicos que se apresentam como uma solução. Estes produtos dão a ilusão de que os problemas foram superados e/ou resolvidos. Na falta destes produtos, as pessoas são invadidas por sintomas penosos, que vão desde o nervosismo, inquietação ou ansiedade ao impulso incontrolável de obtê-la novamente, a qualquer custo. Neste momento o usuário fica extremamente dependente dos efeitos da droga em seu organismo (BARRETO, 2000).

A nossa cultura acredita que é possível viver sem nenhuma dor. Nós somos todos faltantes de alguma coisa. Quando a substância psicoativa ocupa o lugar de objeto simbólico de desejo, que é um lugar vazio, ao qual você vai preenchendo como pode ao longo da vida, o que a substância psicoativa vai instaurar é um objeto

de satisfação e não de desejo, como se fosse uma satisfação de necessidade. Os objetos de necessidade se colocam de modo imperativo ao consumo, o que pode contribuir para o que emerge do senso comum em termos da relação entre a substância psicoativa e a violência. Neste momento o sujeito está dominado pela falta do objeto e pela necessidade de tê-lo. A nossa cultura acredita que a boa vida é uma vida só de prazeres, de conquistas, de realizações e de sucesso. Então ela não produz modos de sofrer. A nossa cultura é individualista e hedonista, cada um está sozinho com o seu sofrimento (KEHL, 2011).

Hoje, então, na nossa sociedade o imperativo é o consumo, você merece e você tem direito. Os imperativos de consumo se dirigem a todos, mas são acessíveis a alguns e muitas pessoas ficam de fora. Neste momento entra a substância psicoativa como um objeto que substituiria todos os objetos que o sujeito não pode ter e que ele vê anunciados e que deveria ter comunicação social na lógica de merecimento e direito ao consumo. Vivemos hoje em uma cultura de muita televisão, na qual a vida do adolescente, por exemplo, é muito vazia, pois a nossa cultura individualista é muito competitiva, o que nos coloca muito isolados, muito uns contra os outros. Então, a nossa satisfação fica dependendo não de nossos semelhantes, da relação, mas de um objeto qualquer e, neste cenário, a substância psicoativa é esse objeto da satisfação imediata. Os pais, que também são influenciados pela cultura, acabam depositando em seus filhos, principalmente na adolescência que é também a idade da prática sexual, as suas fantasias, o que queria ter gozado e não gozou, do que queriam ter tido de bom na vida e não tiveram, querem que seus filhos tenham uma condição de excepcional felicidade. Essa fantasia favorece o caminho da drogadição. A autora aponta que seria necessário, criar grupos de referências, que falem de experiências, que abram espaços para discutir (KEHL, 2011).

Nos dias atuais, as substâncias psicoativas são referidas como uma ameaça à vida, ou então, algo que altera a percepção, ou que altera as funções normais do organismo. No discurso da mídia as substâncias psicoativas devem ser proibidas porque matam. Sabemos que sob certas condições de uso, as circunstâncias envolvidas realmente podem trazer um fim. Os usuários de álcool e outras drogas eram considerados bandidos e agora são considerados doentes. Sabemos que

proibir não vai adiantar, pois impede os sujeitos de pensarem. O uso de substâncias psicoativas para algumas pessoas se caracteriza como uma prática ligada ao prazer, ao programa do final de semana. Muitas vezes pessoas pobres carregam o rótulo de bandido, marginal, drogado, sendo que seu maior problema é a desqualificação, o impedimento da atualização, o efeito do desemprego, dificuldade de acesso a cultura, entre outros aspectos de cidadania (SANTOS et al, 2010).

Existem outros interesses para além dos valores sociais que acabam por determinar quais as substâncias psicoativas serão consideradas legais e ilegais. Isto é determinado desde cada sociedade, devido a razões culturais, religiosas ou por interesses econômicos (ESCOHOTADO, 1996, 1997).

O início do consumo de substâncias pode ocorrer por diversos motivos como: curiosidade, hedonismo, sofrimento e alívio da dor (Brajević-Gizdić, Mulić, Pletikosa e Kljajić, 2009). O consumo de substâncias pode causar autodestruição, além de alterações comportamentais como: isolamento, violência, indiferença, desprezo tremores e atitudes bizarras devido ao aparecimento de paranóia. Porém, as substâncias psicoativas também podem ser usadas de outra maneira, já que o uso é algo inevitável na vida de algumas pessoas, um conjunto de medidas pode ser tomado para que esse uso não apresente sérias complicações para a saúde (SANTOS et al, 2010).

Provavelmente, nunca se falou tanto em substâncias psicoativas como hoje, como sendo caso de polícia ou de saúde pública. Nos anos 60 se experimentava as substâncias psicoativas e isto era chamado de ampliação de consciência (vivência). Hoje se consome as substâncias psicoativas assim como qualquer outro produto (uso). O usuário de crack estereotipado expõe tudo o que a nossa sociedade quer evitar: descontrole, desamparo, vulnerabilidade, improdutividade, laços sociais frágeis, ausência de projeto de futuro, etc. O sujeito que faz uso, abuso ou tem dependência de álcool e outras drogas, é visto como um doente, ou seja, ele tem um problema que nossa sociedade, através de seus saberes e especialistas, poderá tratar. Contudo, em nosso modo de vida fragmentado e individualista, percebemos que cada vez mais a cultura está voltada para a busca de prazeres imediatos: tudo, já, aqui e agora. É desvalorizado o sujeito que não consegue se ajustar aos modelos

de felicidade propostos. A vida e a saúde são negociadas como mercadorias, quando os projetos coletivos estão em baixa. É nessa realidade que proliferam diferentes modalidades de uso de substâncias psicoativas: ora para aliviar tensões, ora para potencializar desempenhos (BRUM, 2010).

Foi realizado um estudo transversal em São Paulo, no período dezembro de 1996 a dezembro de 1997, que teve como objetivo investigar padrões de uso de droga e problemas associados em amostras de usuários de cocaína em tratamento, explorando fatores associados à via de administração e à procura de tratamento. A amostra foi composta por 332 usuários regulares de cocaína, 237 eram pacientes de serviços de atendimento a usuários de drogas e 95 eram usuários de cocaína que não haviam procurado tratamento no último ano. Como resultado, foi verificado que os usuários em tratamento tinham um nível de consumo mais intenso e os usuários de crack tinham mais problemas sociais, de saúde e maior envolvimento em atividades ilegais, do que os usuários de cocaína intranasal (FERRI, 1999).

Nos últimos tempos, houve um grande aumento no consumo do crack, devido à facilidade de oferta e seu baixo custo. De acordo com Rodrigues, Caminha e Horta (2006), o crack é um novo meio de administração da cocaína e seu aumento vem atingindo a todas as regiões do Brasil. O crack é fumado em pequenos cachimbos, proporciona prazer intenso, imediato: o que impele a um uso repetido, compulsão que caracteriza maior dependência.

O sal da cocaína (principalmente o cloridrato) pode ser manipulado com bicarbonato, resultando então a pasta base. Esta se apresenta sob a forma de um bloco sólido (rock), que se quebra em pedaços, formando assim o crack. O crack também pode ser obtido através da cocaína presente nos solventes. O crack é menos solúvel em água, mas é volátil quando aquecido. Por isso é preferentemente fumado em cachimbos (MASUR e CARLINI, 1993).

Segundo CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, assim que o crack é fumado, alcança diretamente o pulmão, levando a uma absorção imediata. Através do pulmão, cai quase imediatamente na circulação cerebral, chegando rapidamente ao cérebro. Em dez a quinze segundos

os primeiros efeitos já ocorrem. Em média os efeitos do crack duram em torno de cinco minutos, o que faz com que os usuários voltem a utilizar com mais frequência. Logo após o uso do crack, o usuário sente uma sensação de grande prazer, intensa euforia e poder. Além do prazer o crack também provoca estado de excitação, hiperatividade, insônia, perda de sensação do cansaço e falta de apetite. Isto pode ocasionar a perda repentina de peso.

Atualmente, para avaliar o grau de uma dependência não se utiliza mais escalas quantitativas de intensidade e frequência, mas considera-se efeitos que essa prática produz na vida de cada sujeito. Usuários de crack que passam o dia fazendo uso desta substância, possivelmente terão um maior empobrecimento de suas interações sociais, além de se manterem em situações de maior vulnerabilidade (BRUM, 2010).

Deste modo, é importante refletir sobre o quanto atribuí-se poderes e culpas às substâncias psicoativas e desresponsabiliza-se tanto o usuário quanto a sociedade. Então, centrar o olhar e as ações nas substâncias psicoativas não resolve o problema, pois ele está nos efeitos do tipo de laço social que construímos (BRUM, 2010).

De acordo com Brum (2010), o que podemos fazer é diversificar estratégias para operar uma “clínica do sujeito”, levando em consideração os contextos sociais em que essas subjetividades são produzidas. Portanto, trata-se de focar o cuidado no sujeito e em sua rede, criar um bom vínculo e não centrar o cuidado somente na substância psicoativa. Disponibilizar um repertório de alternativas através das quais os sujeitos possam encontrar um lugar de reconhecimento social. Isto pode se dar de várias formas: através da educação, do esporte, da arte ou mesmo da religião.

Desse modo, é essencial o desenvolvimento de uma visão crítica e do empoderamento da população para que essa situação seja revertida e ações no sentido de Promoção de Saúde sejam realizadas.

3. PROCESSO DE PESQUISA

Participaram desta pesquisa um usuário e sete familiares que frequentam o grupo multifamiliar no CAPS-ADII em um município da região metropolitana de Porto Alegre. A amostra foi por conveniência e o local escolhido para a realização do grupo foi a própria comunidade dos participantes.

O contato com os usuários de crack e seus familiares ocorreu através do CAPS-ADII - Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e/ou outras Drogas, serviço público de saúde, vinculado ao Departamento de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de um município da região metropolitana de Porto Alegre, direcionado para pessoas usuárias de álcool e/ou outras drogas do município, que apresentam um padrão de dependência ou grave comprometimento sócio-familiar. O CAPS-ADII é formado por uma equipe técnica multidisciplinar, sendo cada membro desta, igualmente responsável pelo Plano Terapêutico Singular de cada pessoa em atendimento no serviço.

Inicialmente foi realizado um contato prévio com os usuários de crack e seus familiares que participam do grupo multifamiliar que acontece todas as quartas-feiras à noite no CAPS-ADII. Foi definido data, horário e duração do encontro para a realização da pesquisa e devolução dos resultados. Participaram pessoas de ambos os sexos. Um dos membros do colegiado gestor do CAPS-ADII, responsável pelas pesquisas que são realizadas no serviço, assinou o Termo de Autorização (Apêndice B) e as pessoas interessadas em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C).

Como metodologia para esta pesquisa foi adotado o grupo focal, que é um método de pesquisa qualitativa. Conforme Morgan (1997), o grupo focal é uma técnica de pesquisa que coleta dados, por meio de intervenções grupais ao se discutir um tópico em especial sugerido pelo pesquisador. Em outras palavras, o grupo focal é uma entrevista em grupo, com o diferencial de contar com as interações entre os participantes. Como técnica, ocupa um lugar intermediário entre a observação participante e as entrevistas em profundidade. O pesquisador grupal

tem o papel de facilitar as discussões, pois sua ênfase está nos processos de constituição de opiniões e nos processos psicossociais. A unidade de análise do grupo focal é o próprio grupo. Deste modo, ouve a posição de cada participante do grupo e compara suas respostas, e sendo assim, a unidade de análise do grupo focal é o próprio grupo. Se um ponto de vista é esboçado, mesmo não sendo compartilhado por todos, para efeito de análise e interpretação dos resultados, ele é referido como do grupo.

No método de grupos focais existem três modalidades diferentes e a escolhida para esta pesquisa foi denominada por Morgan (1997) como grupos auto-referentes. Os grupos auto-referentes são utilizados para explorar um novo campo ou um novo tema proposto pelo pesquisador, podendo também servir como dispositivo para aprofundar, responder ou discutir uma pergunta de pesquisa ou o desenvolvimento de um projeto social, para que após a realização do grupo focal os conteúdos emergentes possam ser explicados ou analisados teoricamente.

A análise dos resultados inicia-se com uma codificação dos dados. Mencionam-se aqui apenas os conteúdos que emergiram na conversação do grupo focal. Como o momento do grupo focal foi registrado, codificaram-se as menções que apareceram desde cada um dos integrantes. A análise realizou-se de modo indutivo: a partir de todas as respostas produzidas pelo grupo emergiram as categorias, organizadas em núcleos temáticos que deram suporte a linhas de argumentação, as quais revelam de que modo os participantes do grupo focal se posicionam diante do tema, foco da discussão (Bardin, 1977; Smith, 2000).

Os nomes dos participantes do grupo focal foram preservados e os nomes fictícios utilizados são de autores que escreveram sobre a Saúde Mental Coletiva. Foi realizado um encontro com duração de uma hora e trinta minutos. O encontro foi filmado e conduzido por dois moderadores. Para a condução deste grupo foi realizado um roteiro (Apêndice A) com tópicos estruturados a partir dos objetivos da pesquisa. Estes continham temas sobre tratamento dos usuários, suas famílias e o funcionamento do serviço. O roteiro foi delineado a partir do modelo discutido por Souza, Minayo, Deslandes & Veiga (2005) que o definem como uma listagem de temas que desdobram os indicadores qualitativos, assumindo o formato final de

tópicos capazes de guiar a entrevista grupal de forma coerente e oferecer a abertura para novas descobertas e discussões.

O material filmado foi transcrito e analisado por um dos moderadores do grupo. Após a utilização da filmagem este material foi destruído. Ao longo da análise do material foram identificados os principais conteúdos emergentes das discussões geradas pelo grupo focal. Posteriormente, foi realizada uma análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), a partir da qual se buscou construir categorias organizadas por temas que emergiram ao longo do grupo.

4. ANÁLISE DE DADOS

Neste tópico, serão discutidos os resultados do grupo focal em relação à revisão de literatura, aos objetivos e contornos do estudo. A análise revelou três grandes tópicos: relação, educação e processo de trabalho, os quais serão tratados neste item. A seguir, consta um olhar inicial a partir das questões do roteiro, o qual viabilizou a visibilidade das temáticas apresentadas.

A partir da pergunta - Como vocês avaliam o trabalho realizado no CAPS-ADII? - debatida pelo grupo focal, foi possível identificar inúmeras temáticas relacionadas, tais como: afeto e confiança na forma de citar a equipe, vínculo, referência e efeito, resolutividade e processo, bem como concepção. Estes aspectos são apresentados nos recortes que seguem:

“[...] vou falar sinceramente o que eu penso e o que sinto. Eu senti muito apoio, antes de começar as terapias aqui, eu comecei na verdade aqui em março as terapias e não foi em fevereiro. Tive umas organizações com o Mário e também umas burocracias. Mas senti apoio [...]”. (Roseni)

“Eu gosto de vim aqui [...]. Me sinto bem. Tratam a gente muito bem. A gente liga para cá. Sempre estão prontos, escutam a gente. Dão muita força e deixam a gente mais tranquila”. (Selma)

“Não só para o tratamento dele como para o meu tratamento. Eu nunca esperei que eu fosse encontrar no tratamento, eu nunca esperei que a doença do Mário me trouxesse tanto conhecimento. O dia que eu me formar, eu tenho muito a agradecer ao meu filho, não por ele ser doente, não porque a doença dele me levou a um caminho que eu pude aprender e mudar. Eu consigo avaliar, uma pessoa, por exemplo, olhar uma pessoa como o pai do meu namorado que mora lá em casa, ele tem 82 anos, eu consigo avaliar ele, não como um vagabundo, mas como uma pessoa que devia ter um sério problema quando era jovem, porque ele nunca quis ficar preso em nenhum trabalho. Pessoa que não se detém em nada é porque tem algum problema. Só que o problema dele causou hoje um dano, que ele não tem onde morar, ele não tem uma renda mensal, ele depende dos outros. Eu aprendi muito aqui. Aprendi a perdoar a minha mãe.” (Roseni)

“Uma coisa assim, um centro de referência. Na verdade é isso, onde eu busco o meu apoio, o CAPS me apoia. Eu sei que ali eu tenho um suporte, que alguém vai me atender, que alguém vai atender o Mário. Se um dia ele tiver algum problema, se ele surtasse como aconteceu daquela vez que a mãe veio. Buscaram ele, levaram ele daqui, colocaram ele lá. Então assim, é um apoio. Eu vejo o CAPS como um apoio. E assim muita segurança, depois que a minha mãe começou a fazer estas terapias, ela teve várias mudanças. Claro que isso foi em função dele dar continuidade ao tratamento, enfim, problemas sempre acontecem”. (Cecília)

“A fulana e a siclana dizem pra mim que eu sou errada, que eu ajo muito errado. Que eu nego água, comida para os coitadinhos, eles não são coitadinhos são doentes. Precisam de ajuda, só que eu não consigo salvar o mundo. Se eu pudesse catar todo mundo na rua e ir lá no juizado, solicitar o termo de compulsória eu interno eles, eu assumo eles, eu sustento eles até eles pararem. E depois procuro os familiares, mas a maioria dos familiares não quer auxiliar. Os familiares também não querem ter responsabilidade de ter um compromisso de horários e nem com o tratamento. Aprender a lidar, é uma outra coisa que eu acho interessante. O próprio Abreu um ex-dependente químico diz que temos que reconhecer os erros da gente, deixar de se culpar. E dizer eu vou mudar. Eu tenho que mudar para ele mudar pra nossa vida mudar. Isso é difícil como família e é difícil como ser humano. Sabe é muito difícil a pessoa reconhecer. Eu percebo isso por mim, às vezes eu vejo o quanto eu errei.” (Roseni)

A partir destas colocações verifica-se o que é apontado também na pesquisa denominada CAPSUL¹ no sentido de que as instituições, por meio de seus profissionais, adquirem o caráter de espaços de interlocução, mediante a qual é possível colocar em cena a subjetividade e as práticas de intersubjetividade. A instituição é capaz de superar o seu caráter depositário, funcionando como ponto de fala e de escuta da população (CAPSUL, 2005).

Outras questões que também apareceram no grupo focal foram: limites que os familiares conseguem combinar com os usuários, os familiares estão tendo mais autoridade, escuta e acolhimento para os familiares e usuários do serviço. Outros aspectos relevantes que o grupo focal trouxe foi sobre a resignificação do vivido, concepção, cultura, diferentes maneiras de agir com filhos, netos e parentes em determinados momentos da vida.

Segundo dados da pesquisa do CAPSUL (2005), podemos perceber que o CAPS-ADII trabalha no modo psicossocial, pois o sujeito é participante principal do seu tratamento, existe trabalho com a família e sociedade para mudança e tratamento e os usuários têm momento de fala e escuta.

“Aqui eles te ensinam como tu lidar com o teu dependente, com o teu problema. Só que a pessoa tá doente ele é um dependente e a mãe é uma pessoa que está doente. Como é que a pessoa vai dizer eu quero tal coisa,

¹ CAPSUL: Trata-se de uma pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná) do Brasil, considerando-se esses como serviços substitutivos estratégicos no processo de consolidação da reforma psiquiátrica. Propõem-se a investigar aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados dos CAPS, ouvindo usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços nos três estados.

quero vender lanche na esquina. Não tem, se ela não consegue, não existe isso. E aqui como familiar, eu falo como familiar, a gente aprende como lidar”. (Roseni)

“Aqui a gente aprendeu a lidar, saber como lidar com um dependente químico. Também fui dependente químico. A vontade era... Tinha que ter força de vontade para lutar. Mas existe uma coisa que eu aprendi, que eu estava agindo errado. O meu filho disse: pai, o dia que eu quiser, eu tenho que querer. Vocês não, eu que tenho que querer. Aí começamos a vir aqui e aprendemos que temos que colocar limites, regras, saber agir. Aí ele sentiu que mudou, sentiu que não era mais como antes. Sentiu uma mudança. Aí ele começou a mudar e a aceitar, a dar resultado. Sentiu mudanças das regras, não era mais aquele aconchego que nos... Eu já sofri isso aí, era dependente químico. A recuperação é pior, eu quis dar uma força para ele, mas ele não quer”. (Peter)

“Coisas que eu não gostava na minha criação eu não usei na criação dos meus filhos, coisas que me oprimiram. Eu nunca oprimi os meus filhos. E tudo eu aprendi aqui dentro. E hoje coisas que eu estou colocando em prática com o Mário, são limites, não sou refém do Mário, é ele quem mora comigo e não sou eu quem moro com ele. Eu sou a mãe dele, sou parte da família dele, ele tem que me respeitar para ser respeitado, respeitar a casa onde ele mora, as pessoas que convivem conosco. Eu acho que tudo isso eu aprendi aqui dentro”. (Roseni)

Nas falas acima fica evidente que existe uma forte ênfase educativa, as pessoas vêm em busca do tratamento para aprenderem a lidar com a situação. Na nossa sociedade existe muito preconceito com as pessoas que fazem uso, abuso ou passam por um período de relação de dependência de álcool e outras drogas. Estes sujeitos são tratados como bandidos, pessoas sem caráter ou vergonha. No CAPS-ADII é discutido este assunto e apresentado de outra maneira para familiares e usuários. Trata-se de sujeitos que precisam de tratamento, pois a substância psicoativa está causando algum prejuízo para a sua saúde. De acordo com Santos et al (2010), o conceito de substâncias psicoativas está ligado a três possibilidades: 1ª. Do ponto de vista da saúde, o uso de substâncias psicoativas é visto como uma doença denominada dependência química e a solução seria a Clínica Psiquiátrica. 2ª. Do ponto de vista da justiça, o uso de substâncias psicoativas é um delito considerando cadeia para os mais pobres. 3ª. Na visão das religiões, o uso de substâncias psicoativas é considerado um pecado. Assim sendo, é necessário respeitar a individualidade, a subjetividade e as diferenças de cada sujeito.

Aparecem também questões relativas a gênero e a efeitos do mundo do trabalho, o que converge com a dimensão de compreender o uso relacionado ao sintoma social.

“Eu sempre impus às meninas muitas responsabilidades e aos meninos eu sempre dava uma folga. Eu sempre dei muito amor ao Mário e poucos limites. Ele falou tu dava umas varadinhas, as varadinhas eram conseqüências das coisas erradas que aconteciam em casa, mas nunca foram limites. Limites eu nunca dei ao Mário. Eu falei dos limites que faltaram. Que faltaram ora e muito. Diálogo com as professoras, porque na escola ele era um santinho e em casa ele era um terror com as irmãs. Só que eu chegava tão cansada do trabalho que eu não me metia naquelas pequenas discussões. Porque eu tinha tantas outras coisas para preparar para o outro dia, que eu tava tão cansada, tava no limite eu ia dormir. E quem passava o tempo todo com eles eram as meninas. A Cecília é mesmo uma das filhas que eu mais sobrecarreguei com responsabilidades de assumir os irmãos quando eu trabalhava fora. Ela tinha onze anos ou tinha doze, né? Doze pra treze, o Antônio tinha onze. Ai o Antônio ficava. Hoje em partes, em partes do Antônio usar, fumar maconha, mesmo que ele tenha montado um trabalho, tem uma empresa tenha uma pinta de responsável. Não que eu me sinta culpada, mas já me senti culpada, hoje já não me sinto mais culpada, mas foi falta de limites pro Antônio, falta de responsabilidades. Como o Antônio é o filho mais velho, sendo homem, ele poderia ter ajudado bem mais, coisa que ele nunca fez, nada. Mas hoje ele não admite que eu fale, porque isso tudo eu aprendi aqui, e realmente eu aprendi tudo aqui. Aprendi a impor limites na minha mãe e no meu filho em relação a minha neta. Mas deu resultado, uma coisa que eu não tinha limites com eles. Eles me deixavam ela a hora que queriam e buscavam a hora que queriam. Eu estava sempre disponível porque era a minha neta e eu achava que por seu ser avó eu tenho que assumir todas as responsabilidades e a Cecília também me cobrando, mãe ela é a minha filha e tua neta. E hoje com essa minha faculdade as coisas mudam um pouco de situação, estou aprendendo cada dia, né! Tu adquire um conhecimento e pode perceber os erros que a gente cometeu e quer corrigir. Agora em termos que eu falei com o meu filho dos limites com a Sandra. Ah, vamos ver mãe, eu quero dar um celular para ela e jogos, mas eu disse Antônio ela tem três anos. Isso não é hora ainda, a Sandra, não é tempo de videogame, a Sandra, é tempo de bicicleta, bola, carrinho, boneca, areia, sabe, pracinha. Não tenho pedagogia, mas esse é o tempo da Sandra agora, acho que até os sete, oito anos. Mas depois se quiser dar um videogame, mas eu ainda acho que é cedo.” (Roseni)

“Mas se continua o tratamento e sabe que ainda a possibilidade de mudança, sempre no momento que tu quer. Então eu vejo o CAPS assim. E hoje aqui nas terapias, nas poucas vezes que eu vim muitas coisas mudaram pra mim também. Muitas coisas abriram. Coisas que até eu não dependesse tanto. Sabe, como eu ouvi um comentário as pessoas que usam crack deveriam morrer. Só que assim, a gravidade do que as pessoas dizem, temos que procurar saber sobre isso. Aí eu disse quem sabe a gente muda o termo. Quem sabe todas as pessoas que já provaram o álcool ou que já provaram qualquer tipo de droga deveriam morrer. Há não. Por que não? Então eu penso assim, por que eles? Não existi uma chance para todo mundo? Todo mundo ter uma chance.” (Cecília)

O CAPS-ADII acaba sendo referência também neste aspecto. A qualificação da equipe é percebida pelos participantes a partir de sua posição de trabalho, a qual enfatiza a co-responsabilização, ou seja, a equipe toma atitude quando necessário no sentido de sustentar sua função no tratamento.

Além destas questões, a educação em saúde se coloca para o usuário ter um conhecimento e compreender o sofrimento e o que se passa consigo e com seus familiares. Contudo, é importante potencializar essa educação como criação, pois também se percebe a possibilidade de uma prescrição e reprodução de doutrinas e imperativos quanto aos modos de andar a vida, aspectos ao qual se precisa estar atento. Aparece também a questão da rotatividade da equipe como algo que prejudica tanto o usuário como seus familiares. Segundo Robbins (2002), a rotatividade é a permanente saída e entrada de pessoal na organização, voluntária ou involuntariamente. Segundo o autor, esta normalmente implica a perda de pessoas estratégicas, constituindo fator de ruptura no processo de cuidado e, conseqüentemente, prejudicando a efetividade.

Em relação à próxima pergunta – Quais os pontos que qualificam o tratamento no CAPS-ADII? - o grupo focal apontou novamente a qualificação dos profissionais, confiança no tratamento e nos profissionais que trabalham no serviço e o funcionamento do serviço.

“O ponto positivo é que na verdade os profissionais fiquem, né. Já que é um trabalho contínuo, não tem como ficar com esta desestruturação. Não sei como funciona esta parte de contratação. Eu sei que tem a prefeitura e a Fundação. Já falei uma vez com aquela moça da Fundação. E disse para ela como funciona o tratamento. Se tu tem um filho com tuberculose, eu disse para ela, nem vou falar de dependência química, mas tuberculose e tu de repente, o teu filho hoje tem uma médica que tu gosta dela que tu tem um carinho especial por ela. Ela cuida bem do teu filho e aí no mês que vem o teu filho não tem mais aquela médica. Tem um outro e ele não quer ir, ela muda a medicação, ela talvez não converse os mesmos assuntos, que não passa a mesma confiança para o teu filho. Como tu vai se sentir? Se fosse o teu filho como tu se sentirias? Quando eu fui na Fundação eu não sabia o que dizer para ela, em relação ao que os profissionais que estavam saindo daqui. Eu englobei todo mundo que tinha aqui dentro, os que eu sabia eu comentei, os que eu não sabia ficou em aberto, mas eu avisei que trabalhavam aqui. Eu disse pra ela, como seria contigo? Já pensou se fosse tu que estivesse sentadinha aqui? Por que eu não tinha o que dizer. Eu pensei: ai meu Deus, eu uma pessoa leiga o que eu vou falar para uma pessoa formada em enfermagem ainda. Eu pensei, meu Deus me ajuda a defender o que é de todo mundo. Ela marcou comigo às oito da manhã, por que ela achou que eu não ia ir. Manda ela vim às oito. Ela não vai vim às

oito. Eu já estava lá quinze pras oito, não tinha nem aberto o negócio, já tava parada lá em cima.” (Roseni)

“Ela não tinha noção, eu passei tudo para ela como era o CAPS, ela não tinha noção de como funcionava aqui. Que vocês davam alimentação, davam apoio moral, davam apoio psicológico e apoio físico. Eu acho assim que, é uma estrutura... é um prédio que tem uma estrutura boa, mas falta coisas aqui para ajudar. Eu não imaginava que vocês davam alimentação para as pessoas aqui, assim como ela não imagina, muita gente não sabe como funciona o CAPS, como tem gente que fala mal do CAPS.” (Roseni)

Conforme as falas acima, podemos perceber que existe um forte vínculo e confiança entre os profissionais do serviço e os usuários e familiares. Por existir esta confiança na equipe, os usuários e familiares ficam com receio ao novo, ao que está por vir. Houve uma mudança no sistema de saúde do município que praticamente mudou toda a equipe que trabalhava no CAPS-ADII. Com esta mudança, os usuários e familiares vivenciam o medo de um retrocesso no tratamento.

O acolhimento tem como objetivo ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar como dispositivo para a reorganização do processo de trabalho. Outro aspecto é dar respostas às necessidades dos usuários que não sejam clínicas, que dizem respeito ao que Cecílio (2001, p.115) denomina necessidade de “vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional”.

Na pergunta – Quais os pontos que prejudicam o tratamento no CAPS-ADII? - o grupo focal apontou as seguintes questões: rotatividade da equipe, infra-estrutura precária do serviço, profissionais que trabalham na rede de saúde pública que não possuem qualificação e intervenções inadequadas, como aparece nas falas abaixo:

“É uma pena que vocês não podem ficar de noite. Por que a ida deles para a casa é que...” (Helerina)

“O que é ruim é que volta e meia os profissionais estão saindo. Aí automaticamente o paciente perde aquela confiança entre a pessoa nova, não sabe como ela vai agir. Se ela é uma pessoa calma ou se é uma pessoa um pouquinho brava. E eles têm seus medos, nós familiares temos, porque eles não vão ter. Aí chega uma referência um pouco ríspida, e o outro é tão firme, mas tão... como eu vou dizer é meigo, calmo, tranqüilo, passa uma serenidade. Mas aí tem o que fala com mais imponência, tipo assim: Favor de falar alto e falar grosso. Parece até a pessoa que está corrigindo. Isto é uma coisa que atrapalha.” (Roseni)

“É, agora ele tem que falar com outro. Aí ele sempre arranja uma desculpa.”
(Helerina)

“ Deste grupo eu gosto, mas dos outros não. Tem alguns que eu não gosto.”
(Mário)

“Tem outras coisinhas também, a conservação do ambiente, precisa ser conservado, né! Por que tem lugares que quando chove alaga ou então os banheiros estão estragados ou o pátio não está com estrutura.” (Roseni)

“[...] a ambulância não vai se não tiver um apoio, infelizmente é bem assim que funciona. E outra coisa interessante que eu vou colocar é sobre os profissionais que vão na casa da gente. Eu não sei que preparo eles têm. Na verdade eu às vezes acho que ninguém tem preparo para trabalhar com dependente químico. Pessoas que são só enfermeiros e conselheiros tutelares.” (Roseni)

“[...] por que tu não vai para rua..., falando vulgarmente, faz um programa que tu vai ter dinheiro para... Eu acho que isso não são coisas que tu fale para um dependente e muito menos para um familiar que está ali. Dependendo do outro para saber o que tu vai fazer. Um profissional da saúde falou isso para o Mário. Só que ele não lembra, por que ele tava assim, eu já tinha dado tanta medicação que ele estava tão sedado que não precisou sedar ele. Quando eles vieram já era. E só vieram por que o [...] era guarda em [...] foi lá pra casa me ajudar e ligou para o encarregado deles aqui para ir alguém. Aí foi ele e mais outro, aí a ambulância foi junto.” (Roseni)

“E a assistente social do conselho tutelar falou assim: tá na hora de criar vergonha e começar a estudar e trabalhar e parar de incomodar a mãe. Aí eu falei só uma coisa tu tá esquecendo que epilepsia, esquizofrenia e dependência química é uma doença e não é falta de vergonha e nem desvio de caráter. E aí eu disse como mãe que pensa assim, é isso que eu estou aprendendo. Eu achei aquilo uma falta de ética como profissional. Eu achei aquilo horrível. Até comentei isso em casa uma conselheira ter um despreparo total. E ela achou que eu era uma mãe mimosa.” (Roseni)

“Aí ele disse: a senhora me ajuda a convencer ele a conversar numa boa, por que eu não quero agir com violência. Aí ele foi lá numa boa, um suporte muito bom. Talvez depende de pessoa em pessoa.” (Edinete)

Como podemos perceber novamente, a questão da rotatividade da equipe é apontada como fator de prejuízo, tanto para o usuário como por parte de familiares. Como os participantes do grupo focal trouxeram nas falas acima, criam um vínculo e uma confiança com estes profissionais da saúde e estes, por condições de trabalho acabam por sair dos serviços. De acordo com Davis e Newstrom (2001), a satisfação no trabalho está relacionada a taxas baixas de rotatividade. Empregados satisfeitos

estão menos propensos a pensar em pedir demissão, apresentando maior probabilidade de ficarem mais tempo na organização. No entanto, empregados menos satisfeitos podem apresentar taxas mais altas de rotatividade, na medida em que sintam falta de realização profissional, recebam pouco reconhecimento no cargo, vivenciem constantes conflitos com a chefia ou colegas ou não tenham atingido patamar desejado nas suas carreiras.

Outra questão que o grupo focal aponta é em relação à precariedade do estabelecimento onde funciona o CAPS-ADII. É importante que os serviços públicos de saúde tenham um ambiente adequado e com boa infra-estrutura para melhor atender os usuários e seus familiares. Outro aspecto apontado pelo grupo é em relação ao despreparo de alguns profissionais da saúde que trabalham na rede de atenção básica. Sendo assim, se torna necessário uma educação permanente em saúde para estes profissionais, para que possam ter uma melhor escuta, acolhimento, cuidado, em relação as suas intervenções na vida do usuário e de seus familiares.

No Brasil, a Portaria Nº 648 GM/2006 define Atenção Básica como:

“um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (BRASIL, 2006)

Na pergunta - O que vocês pensam em relação à família participar do tratamento? - apareceram as seguintes questões: a participação da família como ponto positivo para o tratamento do usuário, intervenções mais efetivas por parte da família, implicações de gênero, a importância da mídia para alguns esclarecimentos e o laço solidário entre os familiares. Podemos observar esses emergentes nas falas abaixo:

“Eu venho porque eu gosto. Mesmo que o meu filho se ele não viesse. Eu venho sempre que posso. Quando eu não venho é porque não dá mesmo.” (Selma)

“A gente aprende como lidar com eles. Por que antes a gente não sabia como fazer, né!” (Selma)

“Eu fiquei muito corajosa. Eu não tinha coragem. Eu fiquei corajosa.” (Maria)

“Assim quando ele bebe, mas ele fica tão louco com isso. Acho que ele mistura. Eu não levo mais os remédios para ele. Ele tomava os remédios depois de beber e aí por isso ficava que nem louco. A maconha não faz mal é uma droga, mas ele fica bem calminho. Eu não nego, eu já dei dinheiro para ele usar maconha.” (Helerina)

“Eu acho muito importante. Tudo que eu já contei até mesmo para os meus filhos. Esta semana veio nós dois. Até inclusive eu já te contei na primeira reunião que o Gastão veio ele não levantou por que ele ficou com vergonha. E depois ele mesmo incentivou a gente a continuar a vim.” (Edinete)

“Sim modificou muito. Modificou, a gente tem mais força, mais fé, mais coragem. A vida ficou diferente, como eu vou dizer... A estrutura da gente fica mais firme mais forte.” (Edinete)

“E é bom para ele também, ele vê as mudanças que a gente aprendeu aqui dentro. Sentado aqui ele viu. Eu dei umas duras nele. A gente aprendeu a agir com o problema dele.” (Peter)

“E a família disse se eu não tivesse vindo para cá, e a Cecília não tivesse hoje aqui. Se a Ângela também não tivesse mudado a história quando ela começou a vim aqui. A Ângela só falava do Mário. Aí um dia eu chamei ela antes da terapia e falei: tu não vai lá por causa do Mário, ele não mora contigo. Tu tem um problema em casa, eu não vou falar, o problema é teu, tu já tem vinte anos, tu tem que falar o teu problema. Aí ela falou. Cinco terapias depois ela estava separada, com uma vida nova. Por incrível que pareça. Em seis sessões ela já deu uma virada. Ela deu..., por que ela desvinculou daquele problema que ela tinha, o marido dela usava petico e ela não sabia o que fazer.” (Roseni)

“Olha quantos empregos a Ângela perdeu. Olha quanto tempo ela tá empregada agora há um ano e dois meses na empresa. E eu não deixo. E uma coisa que eu digo para todo mundo, família minha que não vem na terapia, que não participa que não ouve o que eu falo, inclusive o meu namorado que mora comigo. Não faz as coisas como tem que ser, não da pitaco na vida do Mário. Não fala nada, por que se não vem aqui, se não aprende como eu aprendi, não pode. O Antônio não diz nada, é um que não fala nada. Quando ele vai falar eu só olho, quando eu olho ele já sabe. E ele é um pouco tímido, e eu falo para tu dar palpite tem que ir. Ela disse: Ele não vem mais. Eu falei por que ele não vem mais? Porque ele não é drogadito. Por quê? Por que agora tão dando a classificação de drogado. Eu quero saber qual a classificação que é Classe a, classe b ou classe c.

Por que pra mim dependente químico ele tem uma classe só ele é doente. E ela disse não ele é limpinho. Ele é limpinho porque mora na tua casa, por que ele tem um banheiro, tu dá sabonete pra ele. Por isso ele é limpinho. Deixa ele ser um dependente, larga ele na rua, pra ver se ele vai ficar limpinho. Sem tratamento. Ela não gostou do que eu disse.” (Roseni)

“Só um pouquinho. Deixa eu colocar uma coisa importante para os familiares. Os familiares quando não vem, eles não sabem o que fazer. O pai do Mário, eu deixei ele nas mãos dele aí eu me arrependi de ter feito. Por que ele não participa da terapias então ele não sabe como fazer. Então tu vem e desestrutura tudo aquilo que eu construo em um ano e pouco tu destrói em vinte segundos, porque tu tá totalmente fora do nosso nível de trabalho com o Mário. E ele ficou brabo comigo e falou: tu quer ser a doutora do Mário. Eu disse: não eu não sou a doutora do Mário, mas eu tenho um trato de tratamento com o meu filho e eu preciso manter isso para ajudar o Mário. Ele tem que tá pronto para viver a vida dele, ele não vai ficar a vida inteira dele morando comigo. E o pai dele não vem na terapia. Jamais.” (Roseni)

“Eu acho importantíssimo, eu acho prioridade a família participar. Tanto seria importante pai e mãe, mas nem todo mundo consegue. Os pais aqui são raros. O seu Peter é o bendito fruto entre a mulherada, como pai, né.” (Roseni)

“O que eu sinto nos familiares, tanto nas esposas, nos maridos e muitas mães que quando a coisa aperta, elas fogem. Sabe já aconteceu com várias mães, que levaram uma prensa uma sacudida. Na medida em que a Selma levou eu também levei. Tu acha que nesse um ano o [...] não me deixou sair daqui com raiva e chorando. Por que eu tinha que mudar, ele disse: tu tem que mudar, tu tem que fazer. Todos nós temos que mudar.” (Roseni)

“Ficou muito melhor sim. Antes a gente discutia, não se ouvia mais. Eu não tinha responsabilidade nenhuma.” (Mário)

“Sim, eu acho importante. Eu sempre gostei de vim. Eu me arrependo por que eu parei de vim.” (Selma)

“Não deixa mais de vim. Que bom que tu voltou.” (Roseni)

“É, a gente que ver este trabalho dar muitos resultados nos CAPS todos.” (Roseni)

Como podemos perceber a participação e o apoio da família no tratamento do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas são fundamentais para o sucesso do tratamento e também para manter o usuário motivado a continuar com o tratamento.

A análise dos dados do grupo focal revelou três grandes tópicos, que foram: **relação, educação e processo de trabalho**. Podemos perceber que estes três tópicos se apresentaram como fatores de proteção e ao mesmo tempo fatores de risco.

O tópico **relação** apontou para dois subtemas que foram: tecnologia leve e o cuidado em saúde. A tecnologia leve foi apontada desde a análise dos emergentes do grupo focal como um fator positivo de proteção ao cuidado, pois a equipe do CAPS-ADII disponibiliza momentos de escuta, de acolhimento, existe uma aproximação entre os profissionais da saúde e os usuários, fazendo com que tenham confiança em relação ao seu tratamento. Assim, o acento do trabalho se afirma na **relação** estabelecida.

Podemos perceber com as falas que os participantes do grupo focal possuem admiração e confiança em relação à equipe, isso pode acontecer, por estes sujeitos já estarem participando do CAPS-ADII há um bom tempo. Com isso já criaram vínculo e respeito ao trabalho realizado no serviço. No entanto, também pudemos perceber que existe certo controle em relação à equipe, uma atenção em relação aos movimentos, acompanhada de uma posição de confiança. Outro aspecto importante é que os usuários e familiares possuem corresponsabilização, cidadania e solidariedade em relação à equipe e ao trabalho realizado.

“E hoje eu penso que eu não tenho uma doença mental, talvez, talvez tive quando eu ti comentei daquela fase. De ser perfeccionista em casa, passava calcinha, minha, bordadinho, vivia passando tudo. Eu tinha uma maneira de ser um pouco perfeccionista, sabe, ou já mudei bastante já, melhorei assim. Me controlo mais assim, olho e também não vou lá ajeitar aquilo. Já começo a deixar as coisas mais irregulares, mais viradas pra cá e pra lá para não ficar tudo assim, sabe, tão certinho. Como naquele filme Dormindo com o inimigo lembra? Que tinha tudo assim. Que a mulher revirava o armário. Eu estou nessa fase, estou revirando um pouco as coisas. Mas eu estou me sentindo muito bem, eu agradeço isso. O CAPS acho que tem um trabalho que eu observo, que vocês trabalham juntos, que é muito importante, um trabalho de equipe. Quando eu e o Mário chegamos aqui e vocês estão em reunião o Mário falou: eles estão rindo. Mas eu falei, não estavam rindo e falando bobagens, mas eles estavam conversando como lidar com problemas nossos, como agir com o Mário, como agir com o Gastão, como agir com o filho da dona Olinda com o...”. (Roseni)

“Estavam debatendo coisas pra nós. Coisas importantes para nós. Por que às vezes sai um sorriso, não são só lágrimas, alguém tem que sorrir, no

meio da história tem que ter uma graça, para tirar, quebrar aquele encanto, sabe, do trabalho e eu ficava ali observando vocês assim”. (Roseni)

“Eu acho o trabalho muito bom. Por isso, que quando teve a possibilidade eu quis ajudar.” (Roseni)

A ideia de tecnologia não está ligada somente a equipamentos tecnológicos, materiais, palpáveis, duros, mas também podem ser simbólicos. No campo da saúde as tecnologias se inter-relacionam. O ser humano necessita das tecnologias de relação, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculo, de autonomização, que são denominadas tecnologias leves (MERHY, 1997).

Em relação ao cuidado ele se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo com as pessoas. Conforme Pinheiro (2009):

O cuidado como ato, resulta na prática do cuidar que, ao ser exercida por um sujeito, reveste-se de novos sentidos imprimindo uma identidade ou domínio próprio sobre um conjunto de conhecimentos voltados para o outro. O outro é o lugar de cuidado. O outro tem no seu olhar o caminho para construção de seu cuidado, cujo sujeito se responsabiliza por praticá-lo e tem a tarefa de garantir-lhe a sua autonomia.

O tópico **educação** também apontou para dois subtemas que foram: a educação permanente e a promoção de saúde. O grupo focal trouxe sobre a importância da educação permanente para os profissionais da saúde.

A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho no setor para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente. Há necessidade, entretanto, de descentralizar e disseminar capacidade pedagógica por dentro do setor, isto é, entre seus trabalhadores; entre os gestores de ações, serviços e sistemas de saúde; entre trabalhadores e gestores com os formadores e entre trabalhadores, gestores e formadores como controle social em saúde. Esta ação nos permitiria constituir o Sistema Único de Saúde verdadeiramente como uma rede-escola (CECCIM, 2005, p.976).

A promoção da saúde envolve duas dimensões: a conceitual que são os princípios, permissas e conceitos que sustentam o discurso da promoção de saúde e a metodológica que se refere às práticas, planos de ação, estratégias, formas de intervenção e instrumental metodológico (CERQUEIRA, 1997).

Kwamoto (1995) definiu o processo de educação em saúde como sendo um método que objetiva qualificar indivíduos ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população, para, ainda, estimular a reflexão crítica das causas dos seus problemas, bem como das ações necessárias para sua resolução. Nessa perspectiva é valorizado o saber popular e o estímulo à autonomia do indivíduo no cuidado de sua própria saúde como aparece nas seguintes falas:

“Dentro deste CAPS eu aprendi que dependência química é uma doença coisa que pra mim não era, era falta de vergonha, falta de caráter. Hoje eu sei o que é falta de caráter e o que é doença isso eu aprendi aqui. Aprendi a respeitar o limite dos outros, coisas que o meu filho consegue e que os outros não conseguem e coisas que os outros conseguem o meu filho não consegue. Eu aprendi a avaliar o tempo do Mário, porque eu sempre, não avaliava o tempo dele e eu avaliava ele pelo meu tempo. Dentro do CAPS eu aprendi a avaliar a minha mãe que já é falecida há muitos anos, avaliar a atitude da minha tia e da minha avó com quem eu me criei. E avaliar as minhas atitudes também. Por que muitas coisas aconteceram na minha vida, porque muitas vezes eu agia diferente”. (Roseni)

“Mas eu acho que a gente está aprendendo muito a lidar com o problema. A dar limites, que era o que a gente não tinha. E hoje eu simplesmente não tenho mais vergonha de falar que o meu filho é um dependente químico. Isso desapareceu completamente. Desde o último ano, nós vamos continuar vindo nas reuniões, por que elas estão ajudando muito a gente”. (Edinete)

Na formação de um profissional da saúde, ele não pode ter somente como referência o diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças. É importante ele buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado (CECCIM, FEUERWERKER, 2004).

Outro tópico é o **processo de trabalho** que apontou para três subtemas os quais foram: conferências, gestão do trabalho e políticas públicas. É essencial a participação tanto dos usuários do Sistema Único de Saúde quanto dos profissionais que trabalham na saúde, para estarem debatendo temas como: reforma sanitária, cidadania, economia, controle social, direitos, etc. O objetivo central de uma conferência é o de estabelecer, pelo mecanismo democrático do debate e confronto de opiniões, uma nova diretriz para uma área determinada de uma dada formação social (III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, 2001).

Como citado pelo grupo focal, eles desejam que este trabalho dê muitos resultados, pois é um modo de fazer Política Pública. As Políticas Públicas são ações, metas e planos que os governos (nacionais, estaduais ou municipais) traçam para alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. O bem-estar da sociedade é definido pelo governo e não pela sociedade. Isto acontece muitas vezes, porque a sociedade não consegue se expressar de forma integral (POLÍTICAS PÚBLICAS, 2008).

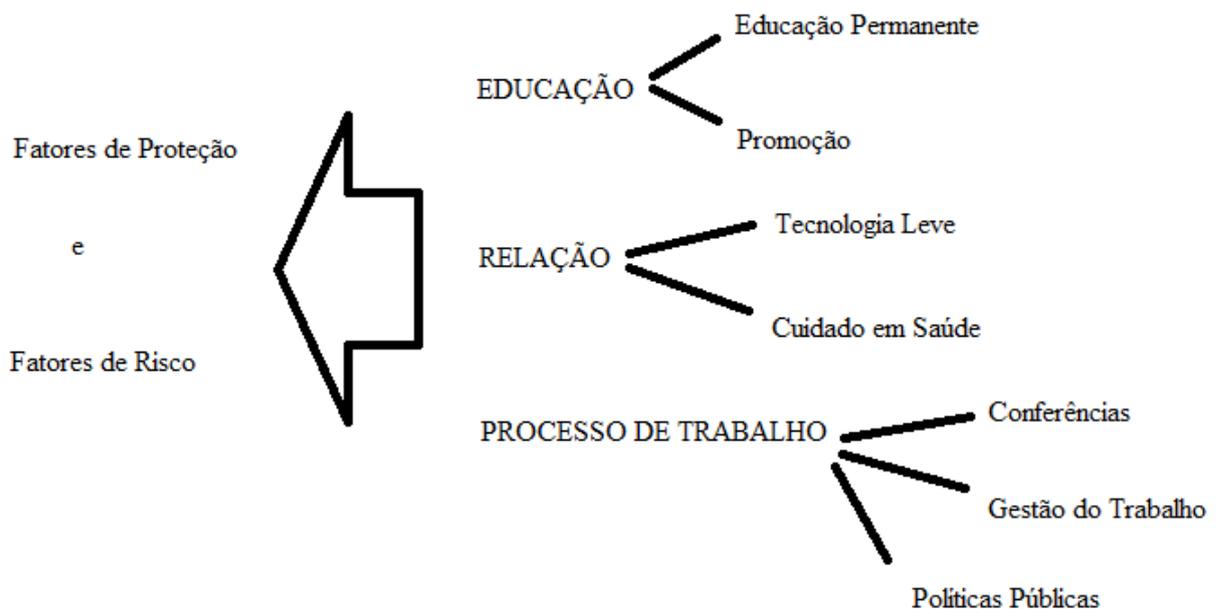
A política de gestão de pessoas trata das relações de trabalho a partir da concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde. O trabalho é visto como um processo de trocas, de criatividade, co-participação e co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, tais como: plano de carreira, cargos e salários; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, educação permanente dos trabalhadores, humanização na qualidade de trabalho, etc (BRASIL, 2009).

A gestão do trabalho em saúde significa pensar estrategicamente, que os serviços oferecidos à sociedade são reflexos da forma e das condições como são tratados os profissionais na instituição (ARIAS et al, 2006).

No momento da abordagem de um trabalhador de saúde junto a um usuário, há um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra, no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criam-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que essas pessoas compartilham nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação (MERHY, 1998).

Com relação às questões debatidas pelo grupo focal, podemos pensar que a qualidade de relação sem descontinuidade por condições que comprometam o processo de trabalho viabilizam educação, promoção e cidadania aos modos de andar a vida.

Portanto, podemos perceber que os três grandes tópicos se relacionam. No tópico relação o grupo focal apontou: confiança, controle, vínculo, referência, efeito, resolutividade, processo, limites, autoridade, escuta, acolhimento sentimentos que sentem em relação à equipe. No tópico educação apontaram: qualificação, educação em saúde, ressignificação, cultura, gênero, mundo do trabalho, processo, flexibilização de posição, processo saúde/doença, cuidado e qualidade de vida. No tópico processo de trabalho foram apontadas gestões institucionais, de gestão, corresponsabilização, cidadania e solidariedade. Com isso, podemos pensar, avaliar e contribuir para melhorar os atendimentos prestados a estes usuários e familiares e colaborar para que o Sistema Único de Saúde funcione de forma mais humanizada e que tenha efetividade na qualidade de vida destes sujeitos.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo conhecer o ponto de vista dos usuários de crack e suas famílias em relação ao trabalho desenvolvido no CAPS-ADII de um município da região metropolitana de Porto Alegre. A análise do grupo focal apontou para três grandes tópicos que foram: relação, educação e processo de trabalho que se apresentaram como fatores de proteção e ao mesmo tempo fatores de risco no que diz respeito à produção do cuidado. O grupo focal apontou que possui confiança e respeito em relação ao trabalho desenvolvido pela equipe do CAPS-ADII. Trouxeram como pontos negativos: a rotatividade dos profissionais, infra-estrutura precária do serviço e intervenções inadequadas de profissionais que trabalham na rede de saúde pública.

Partindo destes apontamentos, se torna necessária uma educação permanente em saúde para estes profissionais, para que possam melhorar seus atendimentos e suas intervenções para com este público.

É imprescindível a participação da população para um melhor funcionamento do Sistema Único de Saúde, pois esta participação visa o exercício da cidadania, potencializando a população em exercer o controle de seu destino, promovendo a melhoria das suas condições de vida e saúde.

Seria interessante criar espaços de avaliação, além das conferências de saúde, onde usuários, familiares e profissionais da saúde possam conversar e trocar ideias sobre o trabalho realizado no serviço, para que este se transforme em ações mais humanizadas.

Portanto, é preciso refletir sobre o uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas para que se possam desenvolver trabalhos sob diferentes perspectivas, oportunizando aos profissionais da saúde uma melhor compreensão e consequentemente facilitando o lidar com esta questão. Precisamos estar atentos a todas as suas dimensões sociais, econômicas, culturais, políticas e existenciais.

REFERÊNCIAS

ARIAS, E. H. L.[et al]. **Gestão do trabalho no SUS**. Cadernos RH Saúde, Brasília: 3(1)119-124, mar., 2006.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, L. M. **Dependência Química: nas escolas e nos locais de trabalho**. Rio de Janeiro. Ed.Qualitymark, 2000.

BRAJEVIĆ-GIZDIĆ, I., MULIĆ, R., PLETIKOSA, M., KLJAJIĆ, Z. **Self-perception of drug abusers and addicts and investigators' perception of etiological factors of psychoactive drug addiction**. Collegium Antropologicum, 33, 225-31, 2009.

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde - **Pacto pela Saúde – Política Nacional de Atenção Básica**. Volume 4. Disponível no site: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021 acessado em 09 de fevereiro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático : gestão do trabalho e da educação na saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRUM, E. **Droga não é demônio, entrevista com Eduardo Mendes**. 2010. Disponível no site: <http://coletivodar.wordpress.com/2010/06/16/droga-nao-e-demonio-entao-por-que-e-tratada-pela-sociedade-como-se-fosse/> acessado em 26 de setembro de 2011.

CAPSUL. **Pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná) no Brasil.** 2005. Disponível no site: <http://ufpel.edu.br/feo/capsul/capsul.php/> acessado em 16 de novembro de 2011.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Folheto sobre Cocaína.** Departamento de Psicobiologia. Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CECCIM, R. B., FEUERWERKER, L. C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.** *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4). 975-986, 2005.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A., organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 113-26.

CERQUEIRA, M. T. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. *In: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. La promoción de la salud y la educación para la salud em América Latina: un análisis sectorial.* Genebra: Editorial de La Universidad de Puerto Rico, 1997. p.7-48.

III CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência á Saúde, Conselho Nacional de Saúde – 1. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2001.

DAVIS K., NEWSTROM, J.W. **Comportamento humano no trabalho: uma abordagem psicológica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

ESCOHOTADO, A. **História de las drogas**. Madrid: Alianza Editorial, 3ª edición, 1996.

ESCOHOTADO, A. **O livro das drogas**. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

FERIGOLO, M. [et al]. **Centros de Atendimento da Dependência Química**. Porto Alegre: Gráfica e Editora Brasul Ltda, 2002.

FERRI, C. P. **Cocaína: padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento [tese]**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1999.

FIGLIE, N.; FONTES, A.; MORAES, E.; PAYÁ, R. **Filhos de dependentes químicos com fatores de risco psicossociais: necessitam de um olhar especial?** Revista de Psiquiatria Clínica, 31(2), 53-62, 2004.

KEHL, M. R. **Drogas e Psicanálise. Café Filosófico da TV Cultura**. 2011. Disponível no site: <http://www.youtube.com/watch?v=iOXJxT-Xgh8> acessado em 06 de fevereiro de 2012.

KWAMOTO, E. E. **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

MASUR, J.; CARLINI, E. **Drogas: subsídio para uma discussão**. São Paulo: Editora Brasiliense, 4ª Ed., 1993.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Práxis em salud um desafio para lo público**. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**. Ed: Xamã, São Paulo, 1998.

MORGAN, D. **Focus group as qualitative research**. Qualitative Research Methods Series. London: Sage Publications, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001** – Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança. OMS, Genebra, 2001.

PAIOLI, M. C. **Movimentos sociais, cidadania, espaço público: perspectivas brasileiras para os anos 90**. Revista Crítica de Ciências Sociais, Coimbra, Portugal, n.33, out.1991.

PINHEIRO, R. **Cuidado e a vida cotidiana**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009. Disponível no site <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html> acessado em 08 de fevereiro de 2012.

POLÍTICAS PÚBLICAS: **conceitos e práticas** / supervisão por Brenner Lopes e Jefferson Ney Amaral; coordenação de Ricardo Wahrendorff Caldas – Belo Horizonte : Sebrae/MG, 2008.

ROBBINS, S.P. **Comportamento organizacional**. São Paulo: Prentice Hall, 9ª Ed.,2002.

RODRIGUES, V. S.; CAMINHA, R. M.; HORTA, R. L. **Déficits cognitivos em pacientes usuários de crack**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. V.2 n.1 Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, L. M. D. B. org [et al]. **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf, Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

SHOHAM, V; ROHRBAUGT, M; TROST, S; MURAMOTO, M. **A family consultation intervention for health-compromised smokers**. Journal of Substance Abuse Treatment. 31, 395-402, 2006.

SMITH, C. Content analysis and narrative analysis. Em: H. T. Reis & CM. Judd (Org.) **Handbook of research methods in social and personality psychology** (pp.313-38) UK: Cambridge University Press, 2000.

SOUZA, E. R., MINAYO, M. C. de S., DESLANDES, S. F. & VEIGA, J. P. C. da. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. *In* MINAYO, M. C. de S. (Org.), ASSIS, S. G. de, SOUZA, E. R. de. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

WALLERSTEIN, N. **Powerless, empowerment, and health: implications for Health promotion programs**. American Journal of Health Promotion, Michigan, v.6, n.3, 1992.

ANEXOS

APÊNDICE A: QUESTÕES PARA DEBATE NO GRUPO FOCAL

- 1) Como vocês avaliam o trabalho realizado no CAPS-ADII?
- 2) Quais os pontos que qualificam o tratamento no CAPS-ADII?
- 3) Quais os pontos que prejudicam o tratamento no CAPS-ADII?
- 4) O que vocês pensam em relação à família participar do tratamento?

APÊNDICE B: TERMO DE AUTORIZAÇÃO**TÍTULO DA PESQUISA: “O CAPS-ADII na visão de usuários de crack e suas famílias”**

Eu, _____, membro do Colegiado Gestor do CAPS-ADII de um município da região metropolitana de Porto Alegre, dou meu consentimento livre e esclarecido para a realização do grupo focal, sob a responsabilidade da pesquisadora Simone Carin Kretschmer Petters e orientação de Ricardo Burg Ceccim e Rose Teresinha da Rocha Mayer, professores do EducaSaúde – Educação em Saúde Coletiva e a Educação dos Profissionais de Saúde, da UFRGS.

Assinando este Termo de Autorização estou ciente de que:

- 1- O objetivo da pesquisa é conhecer o ponto de vista dos usuários de crack e suas famílias em relação ao trabalho desenvolvido no CAPS-ADII de um município da região metropolitana de Porto Alegre;
- 2- A pesquisa não gera desconforto ou risco aos participantes poderá apresentar riscos inerentes aos procedimentos realizados;
- 3- Estou ciente de que os resultados desta pesquisa serão divulgados através de publicações em periódicos especializados, apresentação em eventos de Psicologia em geral;
- 4- Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a minha participação na referida pesquisa;
- 5- Os dados pessoais dos participantes serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho, expostos acima;
- 6- Tanto eu, membro do colegiado gestor, quanto qualquer usuário do CAPS-ADII participante da pesquisa, poderá contatar com o pesquisador responsável, Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim, para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa e/ou sempre que julgar necessário, pelo telefone pelo telefone 051 3308-4131 - EducaSaúde;
- 7- Este Termo de Consentimento é feito em duas vias, sendo que uma permanecerá em poder do CAPS-ADII e outra com a pesquisadora responsável.

Porto Alegre, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do membro do Colegiado Gestor do CAPS-ADII

Simone Carin K. Petters

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa faz parte do curso de Especialização Educação em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os orientadores desta pesquisa são o professor Ricardo Burg Ceccim e a professora Rose Teresinha da Rocha Mayer. Esta pesquisa tem como tema “O CAPS-ADII na visão de usuários de crack e suas famílias”. O objetivo da pesquisa é conhecer o ponto de vista dos usuários de crack e suas famílias em relação ao trabalho desenvolvido no CAPS-ADII de um município da região metropolitana de Porto Alegre.

A participação nesta pesquisa é voluntária e quando os dados forem apresentados publicamente os nomes não serão divulgados, preservando assim a identidade de todos os participantes. Será utilizado, para a pesquisa, um grupo focal com duração de uma hora e meia. Esta pesquisa poderá apresentar riscos inerentes aos procedimentos realizados. Em qualquer momento da pesquisa a pessoa entrevistada poderá desistir de sua participação, sem que isso lhe acarrete qualquer prejuízo.

Esta pesquisa é coordenada por Simone Carin Kretschmer Petters. No caso de esclarecimento de dúvidas ou se desejar realizar algum contato, nos colocamos à sua disposição pelos telefones: (051) 3308-4131 - EducaSaúde e (051) 3308-3629 - Cômite de Ética em Pesquisa da UFRGS.

Eu, _____, depois de ter esclarecido todas as minhas dúvidas, aceito participar da pesquisa sobre “O CAPS-ADII na visão de usuários de crack e suas famílias”.

Porto Alegre, _____ de _____, 2011.

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador