

**Universidade Federal do Rio Grande do Sul**  
**Programa de Pós-Graduação em Educação**  
**Faculdade de Educação**  
**Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde**  
**EducaSaúde - Educação em Saúde Coletiva e a Educação dos**  
**Profissionais de Saúde**

**Silvana Kersch Nascimento**

**Relato de Experiência**

**Construção do Programa Terapêutico Institucional do**  
**Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas**  
**CAPS ADII da Região Metropolitana de Porto Alegre”**

**2014**

**Silvana Kersch Nascimento**

**Relato de Experiência**

**“Construção do Programa Terapêutico Institucional do  
Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas  
CAPS ADII da Região Metropolitana de Porto Alegre”**

**Trabalho de Conclusão em Educação e Saúde Mental Coletiva  
Para obtenção do Título de Especialista em  
Educação e Saúde Mental Coletiva  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Programa de Pós-Graduação em Educação**

**Orientadora: MD. Rose Teresinha da Rocha Mayer**

## SUMÁRIO

1. Introdução.....	4
2. PERSPECTIVA HISTÓRICA.....	6
3. O CAPS ADII EM SEUS PRIMEIROS MOVIMENTOS.....	8
3.1. Origens.....	8
3.2. A constituição da primeira equipe técnica.....	8
3.2.1 Minha chegada à cidade.....	8
3.3. Primeiras intervenções.....	10
3.3.1. Escuta/Acolhimento.....	10
3.3.2. Atendimentos/Freqüência.....	11
3.4. O primeiro modelo de gestão .....	11
4. CAPS AD II SEGUNDO MOMENTO.....	13
4.1. A constituição da segunda equipe técnica.....	13
4.2. O segundo modelo de gestão.....	13
4.3. E a casa caiu.....	14
4.4. Tempos difíceis.....	14
5. PROCESSOS DE MUDANÇA.....	16
5.1. A experiência da implantação do PTI do CAPS AD II.....	16
5.1.1. Mapeamento das deficiências.....	16
5.1.2. Pensando soluções.....	16
5.1.3. Mudanças na equipe .....	17
5.2. Gestão colegiada.....	18
6. DISCUSSÃO.....	21
7. REFLEXÕES.....	28
8. REFERÊNCIAS.....	30

## **1. INTRODUÇÃO**

Este trabalho pretende descrever o processo de implantação do Programa Terapêutico Institucional (PTI) de Centro de Atenção Psicossocial para Usuários de Álcool e Outras Drogas (CAPS AD II) de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre – Rio Grande do Sul.

Pretende-se, então:

- Analisar o processo de construção do PTI, implantado e implementado pela equipe técnica do CAPS AD II.

- Resgatar o fórum de discussão que foi constituído para a elaboração do PTI do CAPS AD II;

- Descrever a efetivação do espaço de reflexão que trata da implementação do PTI do CAPS AD II;

A partir da experiência relatada e de revisão bibliográfica refletir sobre a relevância da implicação dos trabalhadores nos processos de trabalho, na organização do serviço, na co-responsabilização da gestão e do cuidado. Identificar com base no relato histórico aspectos relevantes para a organização, manutenção e para a qualificação do cuidado e do serviço.

O PTI construído e implantado no CAPS AD II, inicialmente no primeiro trimestre de 2003, passou por inúmeras mudanças. Desde então, a mais significativa ocorreu no ano de 2007 quando foi repensado, discutido, implantado e implementado, bem como monitorado e avaliado pelos trabalhadores que ingressaram no serviço naquele ano. Em 2011 o CAPS AD II atendia 201 usuários e contava com 15 trabalhadores.

Neste relato apresentarei minhas percepções e reflexões sobre o processo de construção do PTI. Considero, para isso, as repercussões nos processos de trabalho, no cuidado ao usuário, em seus familiares e nos trabalhadores. A partir desta experiência, também busco contextualizar as conquistas na estruturação de trabalho ao longo de 8 anos neste serviço.

O inegável avanço na atenção em saúde mental para pessoas que usam e abusam de substâncias psicoativas pode ser observado quando o foco da intervenção não é mais a doença e sim as necessidades demandadas pelos sujeitos, a partir do qual essas pessoas passam a ser acolhidas considerando sua singularidade (BRASIL, 2004). A estruturação de uma rede de atenção com base territorial passou a ser a principal estratégia do processo da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004). A implementação dessa política contemplava as reivindicações dos movimentos sociais ao mesmo tempo em que se deparava com desafios, não no que se refere à legislação vigente, mas na forma como a mesma seria aplicada. As leis e portarias que devem nortear e normatizar os processos de trabalho acabam sendo aplicados como PTI dos serviços e PTS dos usuários, o que acabam tornando as intervenções

equivocadas no que tange uma gama de técnicas a serem consideradas e por desconsiderar as demandas dos sujeitos que buscam auxílio nos serviços.

Refletir sobre o trabalho, estar implicado com os processos de trabalho, agir em outros espaços que não somente em suas salas de atendimento causa desconforto para inúmeros trabalhadores ainda hoje, especialmente ao considerar que as instituições de ensino formam para uma clínica diferenciada das intervenções ampliadas.

Repensando o processo de implantação e implementação do CAPS ADII a partir de um resgate histórico – relato de experiência - pretende-se uma reflexão sobre a construção do PTI do serviço.

Justificamos a presente proposta à medida que pensamos em efetivar práticas engendradas no passado pela Reforma Psiquiátrica quando foi proposto esse outro modo de cuidado.

Colocar em análise os processos de trabalho possibilita pensar, repensar, criar e inovar a prática, os serviços, o papel do trabalhador e do gestor e objetiva autonomia, vínculo e produção de saberes em relação a outro modo de atenção.

O CAPS ADII, como proposto na Política Nacional, possui papel fundamental nesta articulação (Brasil, 2002). Entretanto, as práticas internas nem sempre são pensadas a partir das demandas que se apresentam. A organização dos serviços, as propostas de atendimento e as atividades seguem, na maioria das vezes, aos programas disponibilizados pelo governo em todas as suas esferas. Os serviços de saúde, mesmo os de base territorial, precisam contemplar a singularidade da comunidade nas ações planejadas e não a população se moldar ao que está sendo ofertado (RIBEIRO, 2004; KESSLER, 2010). Como a atenção, o processo de Gestão dos serviços necessita reflexão. Assim, proponho um resgate do processo de construção do PTI do CAPS ADII como forma de refletir e discutir a relevância de repensarmos cotidianamente o cuidado disponibilizado às pessoas que acessam o serviço. Nesse aspecto destaca-se a relevância da gestão dos serviços substitutivos como agente potencializador de relações de trabalho promotoras de autonomia dos profissionais que podem contribuir para a qualidade e efetividade das políticas públicas.

## **2. PERSPECTIVA HISTÓRICA**

Quando nos dispomos a rememorar as intervenções em Saúde Mental, em especial na área de uso e abuso de substâncias, temos como ponto de partida os aspectos morais (Brasil, 2004), e a ameaça social atribuída aos usuários que além de viverem a margem da sociedade (FOUCAULT, 2004) eram e ainda são considerados criminosos.

Historicamente, os problemas de saúde mental e em especial do uso de substâncias químicas é abordado pelo viés da criminalidade ou da religião (FOUCAULT, 2004). Assim, pessoas que causavam temor por serem consideradas ameaças ao convívio social passavam a receber uma única forma de intervenção: a exclusão (DE CARLO, BARTALOTTI, 2001). A lógica na Idade Média não era a oferecer cuidado aos marginais e sim à proteção da sociedade dos insanos (DE CARLO, BARTALOTTI, 2001). No mesmo período grandes instituições são criadas para o “tratamento” dos alienados e dos lunáticos (FOUCAULT, 2004). Sob essa alegação esses sujeitos eram basicamente submetidos a medidas de correção, as quais mantinham implicitamente um caráter jurídico. Mesmo com o surgimento da medicina hospitalar, essas instituições prosseguem em seu caráter de exclusão das organizações anteriores e a terapêutica referia-se basicamente à ordem (DE CARLO, BARTALOTTI, 2001).

Assim de modo geral, a organização de Serviços de Saúde no Brasil seguia desde seu surgimento em 1841, uma política de exclusão (PEREIRA, WCC, 2004) com o tema da saúde mental associado à criminalidade e a práticas anti-sociais o que perpetuava o modelo de atenção ofertado no país (BRASIL, 2004).

PEREIRA, 2004, p 251-277 propõe três grandes blocos, pré Reforma Sanitária, para a Política de saúde mental no Brasil: No primeiro chamado “Alienista” o paradigma médico-hospitalar que determina a reclusão em instituições totais “as sobras humanas que a organização social tinha produzido e que proliferavam em grande parte nos centros urbanos”. O tratamento oferecido restringia-se à exclusão com a obrigação de desempenhar atividades laborativas em instituições fechadas. Não havendo como finalidade a reintegração social ou outra finalidade terapêutico-pedagógica. Segundo bloco após 1930 o saber médico se impõe a serviço da estrutura social. Em meio ao período de modernização do país a força de trabalho e seu tempo assumem papel fundamental no momento econômico do país. O modelo de tratamento é o curativo-previdenciário. Sem um plano de prevenção as propostas que imperam não período de 68 e 74 incentivo às indústrias e participação do setor privado no setor de saúde. O discurso predominante era o da medicalização como solução dos problemas graves de saúde. Terceiro Bloco visava à transformação do setor de saúde marcada pelos movimentos sociais.

Paralelamente, em diversos países ocorriam ao longo da história alternativas aos tratamentos prolongados e institucionalizados em função da baixa resolutividade e de seu alto custo (AMARANTE, 2007). Propostas comunitárias mostraram-se eficazes no que tange a intervenção com os usuários bem como a redução de custos (AMARANTE, 2007; BALLARIN, M.L.G.S., CARVALHO F.B in CAVALCANTI, GALVÃO, 2007).

O movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil, ao expor situações as quais estavam submetidas às pessoas reclusas (PEREIRA, 2004; DE CARLO e BARTOLOTTI, 2001; AMARANTE, 2007) em instituições totais por períodos prolongados, não raras vezes moradoras daqueles locais, propõe outro modelo de atenção focado na intervenção comunitária como forma de resgate da cidadania (NICÁCIO, MÂNGIA in DE CARLO 2001).

Visando o respeito aos direitos civis e ao exercício da cidadania por meio principalmente do retorno ao convívio social, emergem formas substitutivas de tratamento. Uma das primeiras leis que asseguram direitos e legitimam práticas comunitárias surge no Rio Grande do Sul (RS) em 1992 (RIO GRANDE DO SUL, 1992). Deparamo-nos com desafios na construção de espaços potencializadores de autonomia e a progressiva substituição de leitos psiquiátricos em instituições totais. Um serviço que contemplasse as demandas dos usuários, dos familiares, da comunidade, mas principalmente dos trabalhadores já que fomos desacomodados de nossa zona de conforto, como refere Campos (2010) o saber prático do tipo técnico, proporcionado pelo modelo de atenção vigente nas últimas décadas e de certa forma perpetuado pela academia quando o tema Sistema Único de Saúde (SUS) é abordado de forma superficial.

Alguns desses desafios encontravam eco no vácuo de proposta cuidado e de uma clara política pública para a área de uso e abuso de substâncias de saúde por parte do setor público (BRASIL, 2004) em especial para os usuários de substâncias psicoativas cujas únicas formas de intervenção ainda mantinham como focos o isolamento e a abstinência. A ausência de propostas de atenção proporcionava uma abordagem equivocada, na qual repressão a substância era o vértice de todas as propostas e o caráter jurídico predominava e o cuidado aos sujeitos relegados a um plano menos importante (BRASIL, 2004).

Para Amarante in Ballarin e Carvalho (2007) um dos marcos importantes para uma mudança de paradigma foi a implementação de política de atenção em saúde mental em âmbito nacional originada a partir de movimentos sociais nacionais, entre os quais a discussão pré constituinte, a I Conferência Nacional de Saúde Mental e experiências inovadoras como a transformação da casa de Saúde Anchieta em Santos e a criação do CAPS Prof. Luiz Cerqueira em São Paulo, além do estabelecimento de diretrizes e normas para o financiamento de serviços de internação parcial (BRASIL, 1992), e de discussões internacionais, como a Declaração de Caracas.

### **3. O CAPS ADII EM SEUS PRIMEIROS MOVIMENTOS**

#### **3.1. Origens**

A proposta de implantação de um serviço para atender pessoas com problemas em decorrência do uso de álcool e outras drogas surgiu no ano de 2001, no único serviço de saúde mental da cidade, como resposta à crescente demanda por atendimento a pessoas com sofrimento psíquico em virtude do consumo de substâncias psicoativas (SPA) que buscavam atendimento junto aquele serviço. A atenção oferecida no Serviço de Saúde Mental não atendia às necessidades daqueles usuários, conforme preconizado pelas políticas públicas (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Em levantamento empírico realizado pelos profissionais do setor, entre os quais havia um médico psiquiatra, uma assistente social, uma psicóloga e, como colaboradores, alguns trabalhadores do setor de saúde mental, deu-se início às primeiras discussões sobre a criação de um serviço que acolhesse e atendesse essas necessidades. Uma proposta específica que contemplasse essas demandas foi pensada por meio do primeiro Projeto para a criação de um novo serviço: o Centro de Atenção aos Usuários de Substância - “CAUS”.

Em 2002 o “CAUS” começou a realizar seus primeiros atendimentos. Sem uma sede própria, o cuidado era realizado no mesmo local onde estava instalado o serviço de saúde mental. A atenção resumia-se a consultas psiquiátricas e atendimentos individuais. Não havia PTI, tampouco condições de organizá-lo, posto que sequer havia uma equipe de trabalho constituída.

O credenciamento do “CAUS” foi realizado e, a partir de então, houve o fortalecimento da rede de assistência em saúde mental com a criação deste serviço especializado para pessoas com complicações em decorrência do uso/abuso de álcool e drogas. O atendimento a esta população passou a ser prioridade no país, frente ao aumento exponencial do consumo de outras substâncias, assim como os problemas clínicos em decorrência do consumo de álcool, fato que não foi diferente na cidade, embora esta não seja uma metrópole.

#### **3.2. A constituição da primeira equipe técnica**

##### **3.2.1. Minha chegada à cidade**

No primeiro semestre de 2002 fui chamada para uma entrevista com a psicóloga que coordenava o CAPS II. Minha indicação se deu por uma amiga, Terapeuta Ocupacional (TO) do município que há muitos anos solicitava o aumento do quadro de TO na cidade.

Lembro com clareza daquele dia. Ao chegar ao serviço havia uma fila enorme da recepção até a rua. Entrei na fila como qualquer cidadã e ao chegar minha vez de ser atendida disse meu nome e que tinha um horário com a psicóloga. Logo a funcionária começou a olhar nas agendas e, não encontrando meu nome dentre os agendados, perguntou de que bairro eu



era, se já havia consultado ali. Percebi pela primeira vez que ali não havia distinção entre as pessoas e sim cidadãos em busca de algo, no meu caso trabalho.

Em agosto daquele do ano de 2002 fui convidada a participar de entrevista coletiva para a vaga de TO no “CAUS”, o serviço que estava sendo implantado. Participaram, além de mim, profissionais de diversas áreas entre elas enfermeiras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, consultores em dependência química e técnicos em enfermagem. Os entrevistadores eram os responsáveis pela elaboração do Projeto. Em um primeiro momento fomos apresentados à proposta do “CAUS” e convidados a nos apresentar e falar de nossa experiência profissional. Dentre todos os presentes, eu era a única pessoa sem experiência de trabalho e sem formação específica na área.

Durante aquele breve momento deparei-me com algo que somente mais tarde entenderia como um grande complicador para a qualificação da atenção em saúde. A contratação não se daria por concurso público e sim por uma associação. Muitos dos entrevistados assustaram-se com as condições de trabalho oferecidas e a baixa remuneração frente às exigências de qualificação para a ocupação das vagas. Percebi que estava diante de um universo novo para mim. Não tinha experiência na área. Naquele momento não houve retorno da entrevista.

O “CAUS” entrou em funcionamento, em sua segunda sede, primeira independente, em novembro de 2002. Na época compunham a equipe 01 médico psiquiatra na função de Coordenação Técnica, 01 clínico geral (municipalizado), 01 consultor em dependência química, que participou do processo seletivo, 01 assistente social, que também participou do processo seletivo, 01 assistente administrativo, que exercia a função de Coordenação Administrativa, 01 trabalhador de serviços gerais e 01 trabalhador de serviços gerais, em desvio de função que atuava como recepcionista.

Naquela entrevista fui selecionada para trabalhar na saúde mental com geração de renda, área com a qual estava familiarizada. Entretanto, tomei conhecimento somente em janeiro do ano seguinte quando recebi um telefonema da chefia de saúde mental do município questionando o porquê de eu não estar em posto de trabalho. Estranho, tive que informar que não sabia do que se tratava. Apresentei-me na manhã seguinte.

Trabalharia no CAPS II e outra TO foi contratada para o AD. Durante o trajeto de ida e vinda na BR 116 ela comentava “não sei em que a Terapia Ocupacional poderia contribuir”. Ela não havia encontrado o seu lugar. Comentava que não se sentia à vontade com aquele público. Acabou pedindo demissão. Coloquei-me, junto à gestão, à disposição para assumir o posto. Minha carga horária semanal até então era de 20h/s tinha que ir a cidade todos os dias meio turno e pensei que “Quem vai um turno fica o dia todo”. Assim, em fevereiro, comecei a trabalhar no “CAUS” também.

### **3.3. Primeiras intervenções**

Meu primeiro dia de trabalho também foi o primeiro de vários colegas quase todos sem experiência e sem formação na área e nenhum deles havia estado na entrevista inicial. Fomos recebidos por uma psicóloga e apresentados aos colegas que já estavam trabalhando, entre eles uma nova Coordenação Técnica, nomeada pela Gestão, uma assistente social. O que me pareceu estranho naquele momento, foi o fato de não termos sido orientados quanto ao funcionamento do serviço, pois a princípio foi suposto que saberíamos de tudo. O serviço não tinha normativas. As tarefas não eram definidas. Aliás, não havia tarefas. A casa era pequena com espaço de circulação restrito que não comportava a equipe nova tampouco as pessoas que buscavam atendimento.

Tinha que encontrar meu lugar já que não recebera orientações. Debrucei-me sobre os livros e os textos. Estudar era e ainda é urgente. Solicitei auxílio de alguns colegas. Conteí com a colaboração do médico clínico que atuava na área há mais de 20 anos. Com pouco diálogo cada trabalhador fazia o possível. As reuniões eram restritas para discutir quantos horários os usuários ficariam não havia momento de estudos ou trocas entre os colegas. Fora dos espaços formais ficávamos cada um focado nas tarefas inerentes a cada profissão. Como um ambulatório. Na visão de alguns colegas minha tarefa resumia-se a ocupar os pacientes. Assim, foi me imposto que deveria ficar com todos os pacientes os distraindo. E, constantemente, ouvia que minha tarefa era a mais fácil, principalmente da nova médica psiquiatra. Éramos uma equipe multiprofissional em um ambulatório e não em CAPS AD II o nome havia mudado, mas parecia mais do que nunca um “CAUS”.

#### **3.3.1. Escuta/Acolhimento**

O agora CAPS AD II desde o início de suas atividades realizava atendimento “Porta Aberta”. O acolhimento em 2002 funcionava de forma intuitiva e sem protocolos. O paciente buscava atendimento na recepção e era encaminhado ao profissional do plantão do acolhimento para realizar o atendimento. O usuário era prontamente atendido e acolhido. Entretanto, alguns equívocos se observavam, como: acolhimento pressupunha a abertura de prontuário. E não realizar a escuta e acolher a pessoas na sua essência. Acolhimento e vínculo são decisivos na relação de cuidado entre o trabalhador de saúde mental e o usuário. Nesta relação, o acolhimento e o vínculo facilitam a construção da autonomia mediante responsabilização compartilhada e pactuada entre os sujeitos envolvidos nesta terapêutica (JORGE, 2011). Até aquele momento o que ocorria no serviço estava completamente equivocada. Incorporaram-se de forma literal os pressupostos da política sem as devidas contextualizações, negando-se o sujeito e sua singularidade por exemplo. O acolhimento, como novo paradigma em saúde coletiva, implica a responsabilização clínica, a intervenção resolutiva e a humanização do atendimento, através da escuta qualificada do problema de

saúde do usuário e do estabelecimento de vínculos entre o serviço e a população. Deste modo, o acolhimento deve começar na recepção do serviço e atravessar todo o processo de tratamento, incluindo a relação dos trabalhadores entre si e destes com os usuários (ZEPPELINI, 2008).

### **3.3.2. Atendimentos/Freqüência**

Após este primeiro contato com o serviço o usuário era convidado a retornar no dia seguinte para iniciar o que acreditávamos ser o Plano Terapêutico Individual (PTI). O projeto terapêutico deve, necessariamente, incluir ações que visem ao aumento da autonomia do doente e da família/rede social sobre o seu problema, no sentido do cuidado de si e da capacitação de cuidadores, com a transferência de informações técnicas de cuidados (BRASIL, 2004). Entretanto, até aquele momento todas as decisões não consideravam aspectos, mas da vida dos sujeitos, sua singularidade, como o contexto onde estão inseridos, aspectos culturais e comunitários entre outros. O foco central ainda era o problema clínico apresentado. O Projeto Terapêutico Singular (PTS) busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças: hipertensos, diabéticos, etc.) (Brasil, 2007). No PTS existe certa crença de que a pessoa tem grande poder de mudar a sua relação com a vida e com a própria doença (Brasil, 2007). Contudo, como proposta somente começou a ser adotado pela equipe após um amplo processo de mudança interna e construção do PTI do serviço. O trabalhador naquele momento já definia a freqüência com que a pessoa deveria comparecer ao serviço e, o mais importante, era agendada consulta clínica e psiquiátrica para que o usuário fosse de imediato medicado. Apesar da aparente agilidade, o que de fato ocorria era que a pessoa era recebida e ingressava em um serviço de uma forma “solta”. Não havia uma proposta de tratamento. O primeiro atendimento resumia-se a um levantamento das substâncias que consumia e pouca coisa era relacionada a outros aspectos da vida do sujeito. A sua singularidade sequer era considerada. O atendimento do familiar restringia-se a meras formalidades, informes e orientações.

### **3.4. O primeiro modelo de gestão**

A gestão do serviço quando da sua concepção, era um colegiado ensaio para uma Gestão Colegiada, dividida em Coordenação Técnica (que ficou a cargo do médico psiquiatra, um dos idealizadores do projeto) e Coordenação Administrativa (sob responsabilidade de uma assistente administrativa indicada pela Gestão Municipal e que também era filha de vereador). O atravessamento do componente política era muito forte naquele momento. O ambiente de trabalho não era amistoso

Com a saída do médico psiquiatra deu-se uma disputa de poder pela Coordenação Técnica, fato que levou à primeira ruptura da equipe, ainda no início de 2003. A gestão indicou uma assistente social para assumir a Coordenação Técnica do CAPS AD II. Trabalhadores mais antigos se consideravam “sucessores naturais” ao cargo. Fato que não se confirmou. Assim começaram a por em dúvida a qualificação da assistente administrativa ao cargo de Coordenação. Mera disputa de vaidades que em nada contribuíram para a melhoria do serviço.

No segundo semestre de 2003, a pedido da Coordenadora Técnica, ocorre nova troca na Coordenação Técnica do serviço. A assistente social deixa o cargo. Novo desconforto na equipe. Sem direito à discussão, a Gestão entende que para coordenar um serviço de saúde o membro da equipe mais adequado seria um médico. Assim, alguns pedem transferência por não concordar com a indicação e, novamente por entenderem-se “herdeiros naturais ao cargo”.

Sem conhecimento em gestão e pouco implicada com as políticas públicas vigentes somos com certeza uma equipe multidisciplinar sob as ordens de um médico. Para atingir seu objetivo de “cada um no seu quadrado” e em virtude da falta de experiência em gestão resta apenas à pressão psicológica e a utilização do “poder” para garantir uma falsa impressão de ordem no serviço.

A Gestão pautava suas propostas no senso comum, os usuários não passavam de um recorte, pois considerava como relevante apenas o diagnóstico e as intervenções meras formalidades. Devido à falta de conhecimento na área de saúde, os papéis estavam confusos, a Coordenação não conseguia exercer suas funções e tratava os usuários de uma forma que reforçava seus padrões dependentes. O que restava era muita boa vontade. Definitivamente éramos um ambulatório. Instituímos uma reunião de equipe semanal, mas esse passou a ser um momento muito desgastante apenas a coordenação passava seus informes e distribuía tarefas às outras. Havia pouco diálogo. Conseguimos com algum esforço implementar um momento de seminário com o intuito de melhorarmos nossa prática e as relações internas.

#### **4. CAPS AD II SEGUNDO MOMENTO**

##### **4.1. A constituição da segunda equipe técnica**

No início de ano de 2005, após inúmeras solicitações, a gestão municipal autorizou a contratação de profissionais para o incremento da equipe. Foi um processo complexo alguns trabalhadores contratados não se adaptavam às atribuições e exigências de um serviço substitutivo, em especial os trabalhadores da área da enfermagem. Normalmente, com inflexibilidade para executar tarefas que não as restritas aos cuidados da enfermagem clínica. Naquela ocasião ingressaram na equipe dois profissionais com Residência em Saúde Mental pela Escola de Saúde Pública – RS (ESP/RS), um enfermeiro e uma assistente social que colaboraram com um processo de mudança da forma de cuidado.

Em setembro do mesmo ano o CAPS AD foi contemplado com a chegada de dois médicos psiquiatras, sendo um concursado, mais uma psicóloga concursada. Também foi possível a seleção de profissionais técnicos de enfermagem. Houve um ganho nessa seleção ao ser conferido aos trabalhadores do serviço o processo seletivo desses novos colegas. Não passamos pelo constrangimento de termos de aceitar indicações políticas. As indicações e a contratações seguiram apenas critérios técnicos.

Naquele momento, apesar de todos os ganhos para o processo de trabalho, com o incremento da equipe técnica, acentuaram-se outras distorções presentes em todo sistema de saúde: as formas de contratação – as terceirizações. Com quatro formas de contratação, as diferenciações salariais e de carga horária ficaram mais evidentes. Entre os modos de contratação estavam incluídos: cooperativas, associações, concursados, e concursados federais municipalizados.

##### **4.2. O segundo modelo de gestão**

No ano de 2005, apesar de todos os ganhos com o processo de seleção de novos trabalhadores enfrentaríamos um atravessamento da gestão, por ditos problemas legais na escolha de um Coordenador para o serviço. Por indicação política fomos informados que o novo Coordenador seria o motorista da Secretaria da Saúde. Os ditos problemas alegados naquele momento eram que para Coordenar um serviço somente poderia ser escolhido um membro da equipe concursado, nenhum dos membros estatutários achava-se qualificado para fazê-lo, já que haviam ingressado no serviço há pouco tempo e somando a isso o fato de não terem experiência em gestão. A trabalhadora que preenchia os requisitos técnicos não dispunha de tempo para executar tal tarefa.

Os demais serviços do Setor de Saúde Mental sensibilizados com tamanha arbitrariedade mobilizaram-se para intervir. A resposta veio com a indicação também equivocada de um servidor concursado para um cargo de nível médio com formação em nível

superior da área da saúde que nunca exercera a profissão. Sem experiência de trabalho na área, tampouco em gestão, passamos por momentos conturbados. Experimentamos uma espécie de retrocesso na gestão do serviço. Um modelo centralizado, verticalizado e punitivo. Vivenciamos tempos difíceis.

#### **4.3. E a casa caiu**

Setembro de 2005 nos reservaria um grande susto. A casa que abrigava o CAPS AD II rachou ao meio, em virtude de obra realizada em uma casa vizinha. Com sua estrutura comprometida tivemos nossa sede interditada e em menos de um dia fomos obrigados a realizar a mudança. Para onde? Ninguém sabia. Na ocasião eu trabalhava nas Oficinas de Geração de Renda (OGR), localizadas no andar térreo do CAPS II. Havia algumas salas ociosas porque há apenas alguns dias nos havia sido concedida autorização para ocuparmos aquele espaço. Em conversa com a coordenadora da OGR concordamos em oferecer asilo à equipe do CAPS AD II.

#### **4.4. Tempos difíceis**

O local era precário, contávamos com apenas um banheiro, salas chumbadas, pois anteriormente aquele lugar abrigava uma clínica de exames radiológicos. Assim, não havia janelas e a ventilação estava comprometida. Mas a despeito de tudo, o pior era a desconfiança e o rechaço dos colegas, trabalhadores de saúde mental, do CAPS II, conosco e, principalmente, com as pessoas por nós atendidas. Fomos acusados de furtos e roubos, e impedidos de circular em certos espaços.

A gestão municipal nos exigia manter grupos, consultas e atendimentos, bem como a ambiência e inclusive o fornecimento de medicações, naquele espaço insalubre. A gestão do serviço, em virtude da restrita capacidade técnica e de gestão, sedia. Os trabalhadores tentavam mostrar a inviabilidade daquelas imposições já que com mais de 200 pessoas atendidas isso não seria possível. A gestão municipal com uma postura intransigente e autoritária não se importava com a saúde e o bem estar dos usuários, familiares e trabalhadores e, surpreendentemente, a Coordenação, embora habitando o mesmo local que os trabalhadores, comungavam do parecer da gestão. Foi dada por encerrada a busca por uma nova sede para o serviço.

Buscamos apoio do controle social, por intermédio do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e demais serviços da rede de atenção. Sempre que possível convidávamos os setores a nos visitar e a conhecer nossa insólita realidade. Nada conseguia persuadir a gestão que mantinha seu ponto de vista. Com o desgaste emocional gerado nos trabalhadores, a coordenadora do serviço começou a perceber que teria que mudar sua postura. Apoiada pelos trabalhadores, de forma independente, começa a procurar uma nova sede.

Tempos difíceis que serviram para unir os trabalhadores. Mantivemos atendimentos essenciais e para pessoas com comprometimentos graves. Embora com restrição dos atendimentos, construíamos um projeto para nos habilitarmos a receber recursos para “Supervisão Clínico Institucional”. Elaboramos um cadastro dos usuários atendidos no CAPS AD. Demos início à construção do PTI, para o que o nosso primeiro passo foi estudar.

Uma das estratégias iniciais foi à elaboração de um calendário de estudos com temas como: técnicas de intervenções, agravos clínicos, comorbidades psiquiátricas, aspectos sociais, aspectos econômicos, fatores de risco e proteção. O uso e abuso de substância é uma problemática complexa e multifatorial, o que faz com que a intervenção seja muito dinâmica e envolva obrigatoriamente a articulação de diversos setores da sociedade, não somente da gestão. Naquele momento o governo federal disponibilizou, via edital, verba para Supervisão Clínico Institucional. Houve um momento de mobilização, pois vimos à possibilidade de discutirmos e refletirmos sobre nosso trabalho, bem como qualificarmos a proposta que estávamos gestando.

O município também passava por um momento complicado. Com problemas no processo eleitoral governava a cidade um prefeito interino. Como bom político queria mostrar resultados em um curto período de tempo, então, com essa brecha, conseguimos em um tempo relâmpago alugar uma nova sede, quase meio ano após termos ido para o porão.

Antes de retomarmos nossas atividades, aprimoramos nosso PTI com incremento principalmente de atividades. Para isso realizamos um minucioso levantamento das demandas dos usuários e das falhas na proposta ofertada até então. Analisamos nosso processo de trabalho, com o objetivo de identificar os pontos fracos do PTI, para visualizarmos o que acabava proporcionando uma baixa adesão, de novos, e um grande número de evasões, dos que já freqüentavam o serviço. Fizemos a *“mea culpa”*. Revisamos nossas atividades. Estudamos processos de tratamento de outros serviços do país e mesmo de outros países. Mudanças se fizeram necessárias também na operacionalização do serviço como alteração do horário de funcionamento, pois estendemos nossos turnos de atendimento para contemplar pessoas que trabalhavam e seus familiares.

## **5. PROCESSOS DE MUDANÇA**

### **5.1. A experiência da implantação do PTI do CAPS AD II**

#### **5.1.1. Mapeamento das deficiências**

O período que passamos no “Porão” nos fortaleceu e fomentou nosso desejo de alterações nas rotinas do serviço. Analisamos nossa prática e o que a legislação pretendia com a mudança do modelo de atenção. Entendemos que um primeiro passo importante seria realizar um levantamento das demandas. Esse movimento foi encabeçado pelos técnicos. Tentamos reafirmar que a atenção se impõe sobre as necessidades administrativas que até então eram prioridade por parte da gestão do serviço. Com o cadastro realizado, usando como base os dados dos prontuários abertos, aferimos de forma empírica um elevado número de evasões, logo após o primeiro atendimento. Entre as principais dificuldades dos usuários, conforme seus próprios relatos levantamos comorbidades clínicas e psiquiátricas associadas ao uso de SPA, faixas etárias versus substâncias consumidas, gênero, disponibilidade de horários dos usuários e seus familiares para o atendimento.

Com o estudo de todos os prontuários percebemos as fragilidades na intervenção inicial e que o foco daquele primeiro encontro ainda estava centrado na substância, mas sem uma intervenção mais motivacional que poderia proporcionar uma adesão. Por mais que nos esforçássemos centrávamos ainda nossa intervenção muito na avaliação médica. Notamos evolução, conforme avaliávamos os prontuários mais recentes, entretanto, não trabalhávamos questões motivacionais e nosso objetivo ainda estava calcado em incluir o sujeito em atividades e ocupá-lo enquanto em ambiência.

#### **5.1.2. Pensando soluções**

Refletindo sobre as atividades que eram realizadas no serviço deparamo-nos com as familiaridades que nos causavam desconforto nos outros CAPS. Percebemos que todos os grupos que fazíamos nem sempre eram organizados de acordo com as demandas dos usuários. Assim, com as informações coletadas no mapeamento das deficiências, redirecionamos nossas atividades e a forma de realizá-las tomando como base as normativas da legislação vigente (BRASIL, 2002, BRASIL 2004) e as propostas internacionais para a organização de um serviço dessa envergadura (NIDA, 2001).

Usando como um guia prático os documentos do ministério da saúde (BRASIL, 2004, p. 17) nossos atendimentos eram protocolares. Ignorávamos parâmetros de atendimento e desconsiderávamos recomendações que, embora internacionais, poderiam ser adaptados a nossa realidade, a singularidades dos sujeitos e a complexidades envolvidas. Notamos que alguns usuários nunca haviam realizado tratamento e/ou acompanhamento de qualquer espécie. Outros já haviam passado por internações, o que acreditavam ser a única forma de



tratamento. Havia aqueles que, embora usuários de SPA conseguiram manter sua rotina, público que não seria contemplado pelo CAPS AD. Entretanto, as deficiências da rede para contemplar um espaço qualificado de atendimento a essas pessoas, forçou-nos a abrir espaço para o cuidado desses sujeitos. Percebemos também que as intervenções com os usuários, com os familiares e com a comunidade em geral deveriam ser organizadas, conforme as demandas de cada um. Teríamos que considerar se o sujeito estava em crise ou estável. Para moldar nossas atividades a essas fases. O PTI passou a ter níveis de intervenção que contemplasse também o PTS dos usuários.

O PTI, como conjunto de ações, tem a finalidade de contribuir para a qualidade das intervenções as pessoas que acessam o serviço em busca de auxílio em decorrência de problemas originados pelo uso de SPA.

Ao longo dos 09 anos de funcionamento do CAPS AD II avalio a importância de uma reflexão de alguns percursos, como por exemplo: repensar os processos de trabalho para a efetivação dos princípios doutrinários do SUS no cotidiano do trabalho, ao tratar das tecnologias de cuidado como estratégias de atenção integral, pensando a partir dos contextos e propondo caminhos de (re)significação, de resgate do exercício da cidadania e autonomia (GASTÃO 2006).

As equipes de saúde experimentam, no dia-a-dia, dificuldades, principalmente nas estratégias para traçar novos caminhos para a escuta e o acolhimento dessa população, na perspectiva de vinculação ao serviço. Frequentemente, os técnicos deparam-se com situações de carências no cotidiano do trabalho, na rede de assistência, nos recursos da comunidade e dos próprios usuários de tal intensidade que as pessoas, embora com expectativas quanto ao tratamento, não vislumbram alternativas para exercer sua cidadania e gerir sua autonomia, dada a carência de recursos que estão acostumados.

Após esse percurso de construção do PTI passamos a considerá-lo um processo permanente e não um evento isolado. Acreditamos, a partir desta vivência, que o pensar nestes espaços permanentes como fóruns também de capacitação, de discussão e de reflexão, pois não abrangeria somente o PTI, mas também os vínculos entre os trabalhadores. É partindo desses princípios que apresentamos a proposta de resgate de evento ocorrido no CAPS ADII a fim de efetivar espaços de (re) construção de um processo “vivo”.

### **5.1.3. Mudanças na equipe**

Nesse percurso houve o desligamento de alguns trabalhadores e a vinda de outros. O trabalho iniciado pelo enfermeiro, especialista em Saúde Coletiva, teve continuidade com a chegada de uma enfermeira, estatutária, com formação e experiência em Unidade em Terapia Intensiva. O que nos pareceu em um primeiro momento um retrocesso, logo se mostrou um acréscimo de conhecimento e um salto de qualidade na atenção e no cuidado ao usuário.

Devido ao público atendido, apresentar quadro clínico grave em decorrência do uso excessivo de SPA, os agravos clínicos apresentados pelos usuários passaram a ser acolhidos com mais tranquilidade pela equipe, conseqüência imediata foi a redução gradual dos encaminhamentos às emergências.

A chegada de uma médica psiquiatra, estatutária, foi garantindo maior estabilidade ao serviço, uma vez que no decorrer desse período já haviam trabalhado no CAPS AD três médicos psiquiatras contratados via cooperativa. Contudo, essa profissional tinha sérias dúvidas quanto ao modelo de atenção pretendido e acreditava na internação como primeira medida para casos de desintoxicação. Profissional dinâmica e aberta a novas experiências, nota que os trabalhadores eram implicados com o cuidado e, presente nos vários espaços de discussão, percebeu as potencialidades do CAPS AD que partia de uma proposta de trabalho estruturada e técnica.

## **5.2. Gestão colegiada**

Paralelo ao processo de construção do PTI, começamos a questionar o modelo de gestão vigente. Ao avançarmos na atenção aos usuários, em um processo do coletivo de trabalho pensado e executado a várias mãos, refletir sobre o modelo de gestão passou a fazer parte do processo.

A gestão centralizada e verticalizada, adotada até então, mostrava-se limitada frente às demandas de um serviço tão complexo. O foco do trabalho do gestor do serviço eram as questões administrativas, as reuniões gerais, nas quais toda a equipe estava presente, não passam de momentos para informes administrativos. Não discutíamos processos de trabalho, bem como os Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários. Mesmos os recursos necessários para a realização de atividades direcionadas aos usuários, familiares, comunidade e rede em geral tinham como prioridade atender às demandas administrativas do serviço, cito como exemplo o transporte.

Nos momentos de reflexão dos professos de trabalho, o primeiro passo foi à reorganização do serviço com base no que consideramos fundamental, naquele momento, para a qualificação da atenção. Assim, dividimos o CAPS AD II em três eixos, sendo: Bloco do Cuidado, Bloco Ensino, Pesquisa e Matriciamento e o Bloco Administrativo.

O segundo passo foi à elaboração de um Regimento Interno, documento que pautaria nossas intervenções e ações, seguindo as premissas legais vigentes. O regimento também orientaria as funções de cada bloco e apresentaria a proposta, para nós, à época, inovadora de um novo modelo de gestão – A Gestão Colegiada. Propusemos naquele documento a forma de ocupação dos postos de Coordenação dos Blocos e do Serviço, bem como o processo eleitoral interno. Para organizar todo o processo foi registrado em um documento interno, o primeiro foi chamado de “Cartilha do CAPS AD II” e o segundo de Regimento

Interno, no qual constariam as normativas para o processo eleitoral, sendo que esse último contaria com um regimento próprio que deveria ser elaborado a cada processo eleitoral pela comissão eleitoral constituída, seguindo as normativas do Regimento Interno.

O agora chamado **Bloco do Cuidado** corresponde ao desenvolvimento de ações diretas com os usuários do serviço e seus cuidadores. Seus objetivos são:

- Prestar atendimento em regime de atenção diária, a partir das modalidades estabelecidas na Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002;
- Gerenciar projetos terapêuticos singulares, oferecendo cuidados eficientes, personalizados e de promoção à vida, com qualidade;
- Promover ações intersetoriais, respondendo às diferentes demandas apresentadas;
- Adotar estratégias de Redução de Danos junto aos grupos de maior vulnerabilidade no manejo.

As ações que envolvem Educação Permanente, o Levantamento de Dados para visualizarmos a satisfação dos usuários e seus familiares com o atendimento prestado e mesmo a resolutividade do atendimento com base nas expectativas dos usuários e a complexa articulação com a rede ficaram a cargo do denominado **Bloco do Ensino Pesquisa e Matriciamento**. Esse bloco envolve o desenvolvimento de ações internas e externas ao Serviço, em demandas de formação de recursos humanos, matriciamento (BRASIL, 2004), capacitações e estudos. Tem como objetivos:

- Promover articulações intersetoriais com a comunidade local, regional e estadual;
- Incentivar a criação de um programa intersetorial de prevenção ao uso abusivo de substâncias psicoativas no município;
- Viabilizar a capacitação permanente à equipe de profissionais do CAPS AD II, com vistas à qualificação dos processos de trabalho;
- Promover supervisão aos trabalhadores da rede básica e às equipes de referência, através de apoio matricial (BRASIL, 2004), no que se refere ao uso de substâncias psicoativas;
- Construir coletivamente indicadores para avaliação periódica dos procedimentos e do Serviço, incluindo todos os segmentos envolvidos no trabalho do CAPS AD II;
- Formar Recursos Humanos em Saúde Mental, especialmente em álcool e outras drogas, através de processos de estágio curricular (obrigatório) e extracurricular (voluntário), em conformidade com o Plano de Estágio do CAPS AD II.

As relações de trabalho e o funcionamento do serviço ficaram a cargo do **Bloco Administrativo**. Contemplando ações concernentes ao apoio e viabilização dos processos de trabalho. Apresenta como objetivos:

- Promover a gestão de pessoas;

- Desenvolver ações de saúde do trabalhador;
- Representar do serviço em atividades na rede do município, junto a Secretaria Municipal da Saúde e outros órgãos;
- Planejar e acompanhar o desenvolvimento das atividades de alimentação, higienização, recepção, segurança e administração;
- Proceder à recepção, produção e encaminhamento de documentos que envolvam as rotinas do Serviço;
- Organizar e controlar os processos relacionados ao faturamento dos procedimentos realizados;
- Gerenciar estoque, manutenção e reparo de insumos, equipamentos e instalações físicas.

## **6. DISCUSSÃO**

*Nada como desafios impostos  
pela vida (mundo empírico) para  
estimular Sujeitos e reconhecerem  
pontos de quebra ou de contradição  
em suas Teorias.  
(CAMPOS, 1998)*

O desafio de constituir um serviço nos remete às primeiras discussões que propiciaram o reordenamento do sistema de saúde e a constituição de uma política pública que oriente as intervenções. “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado” lema da 8ª Conferência Nacional de Saúde foi o marco da reforma do sistema de saúde no país que contou com a participação ativa da sociedade civil (OLIVEIRA, GRABOIS, JR, 2009). Ao pautarem temas que até hoje permeiam as discussões quando nos propomos a (re) pensar as práticas em saúde no Brasil elas, além de colocarem em evidência a afirmação de que a saúde é um direito do cidadão, colocaram em foco a urgência de se efetivar uma reformulação do sistema de saúde.

A necessidade de mudanças no modelo de atenção vigente dava o tom dos debates. Como resultado, foi elaborado um relatório que orientou a elaboração dos princípios e diretrizes (BRASIL, 1988) que mais tarde configuraram-se em marcos legais e normativos do SUS (OLIVEIRA, GRABOIS, JR, 2009). Foi com a constituição de redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, organizadas em diferentes níveis de complexidade, visando ofertar cuidado à população que conceitos como território, integralidade, linhas de cuidado e gestão, entre outros, passaram a habitar as tecnologias de intervenção além do reordenamento do modelo organizacional dos serviços de saúde.

Seguindo nessa linha, dá-se início a um processo de mudança no modelo assistencial em saúde mental com a promulgação de legislações próprias. De um modelo biomédico hospitalocêntrico, passamos a contar com uma rede de serviços substitutivos em saúde mental agora orientados por leis, portarias e decretos específicos. Entretanto, a consolidação desses serviços é ainda um desafio. O funcionamento dos serviços, no que se refere a intervenção e gestão, não estão contemplados nessas normativas, essas ações ficam a cargo quase que exclusivamente dos técnicos que sem um referencial que os guiassem seguiam modelos tradicionais.

Com a eminência da “queda das paredes do serviço” teve início um movimento voltado não somente a (re) organização, mas, como diria Merhy (2010), “sendo o trabalho em saúde uma práxis” caberia a nós “adaptarmos o saber tecnológico ao contexto singular”. Os trabalhadores tomaram para si a responsabilidade da construção das estruturas fundamentais para a (re) estruturação dos processos de trabalho, podemos dizer que os três campos de tensão mais emergentes eram: 1) repensar o modelo de gestão, 2) repensar o programa

terapêutico institucional e 3) a necessidade de pensar um processo de qualificação permanente dos trabalhadores.

Seguindo essa lógica e os tópicos acima terem sido amplamente discutidos no meio técnico, acadêmico e político não nos furtamos a abordá-los nos fóruns internos constituídos para pensar a clínica ampliada no âmbito do uso abuso de SPA. Como resultado nossa intervenção foi aprimorada. O serviço foi remodelado.

Como proporcionar atenção integral e singular, conforme preconizado na legislação e de direito dos usuários, se aspectos relevantes não estavam contemplados no PTI. Pessoas em crise direcionadas às mesmas atividades que pessoas estáveis. Rede social de apoio e/ou afetiva e/ou familiares orientados da mesma forma sem considerar o momento dos acompanhados e/ou complicações decorrentes do uso e abuso de SPA. Assim, com o reordenamento interno o cuidado esse foi dividido em fases. As fases do Cuidado estavam organizadas em: Início e Meio de Tratamento e processo de Alta.

Importante consideramos que nesse processo de (re)organização do serviço surgiram segmentos no cuidado que embora a primeira vista pareça uma fragmentação da atenção aos sujeitos dá conta de uma articulação interna mais complexa onde não são considerados aspectos clínicos meramente e sim sua singularidade – a diferença. As fases do Cuidado, como passamos a chamar não possuem relação direta com a frequência de atenção – intensivo, semi-intensivo e não intensivo. As ditas fases têm relação direta com a relação estabelecida pelo sujeito com SPA. Quando as substâncias deixam de ter um papel central na vida do sujeito e esse para refletir sobre outros aspectos da sua vida, suas relações, por exemplo, mesmo que esteja em uso de SPA o cuidado exige intervenções mais singulares.

No Início de Tratamento um fator inicial a ser considerado são as responsabilidades pelo tratamento. É fato que não podemos considerar a pessoa que busca auxílio e seus familiares como agentes exclusivos do tratamento e culpabilizá-los pela não adesão. Os trabalhadores devem estar implicados nesse processo e compreender que o usuário é agente ativo. Direitos e deveres precisam ser abertamente discutidos. A elaboração de um **Contrato**, no qual o terapeuta de referência, profissional que acompanha de forma mais próxima o sujeito, apresenta para a pessoa em tratamento e seu familiar/acompanhante um contrato contendo os direitos e deveres de ambos, bem como do serviço. O mesmo é discutido e assinado. O objetivo é aumentar o comprometimento das pessoas com o seu tratamento, da família ou rede de social e/ou afetiva de apoio, assim como deixar claro as normas e responsabilidades do CAPS AD II. Também é um espaço para o desenvolvimento da cidadania, na medida em que as pessoas têm um instrumento legítimo de garantia do direito de serem atendidas com qualidade. Trata-se objetivamente da co-responsabilização pelo PTS.

Um ponto fundamental para o tratamento de pessoas com complicações em decorrência do uso e abuso de SPA é a **Motivação** – uma pesquisa feita internamente no

CAPS AD II mostra que 70% das pessoas que buscam tratamento não estão motivadas para o mesmo, vindo por demandas externas, tais como familiares e empregadores. Assim, mostra-se fundamental trabalhar a motivação para o tratamento. Utilizamos o referencial da Entrevista Motivacional de Miller e Rollnick (2001) para compor os grupos que trabalham a ambivalência frente ao uso e explorar os conflitos em relação à mudança, facilitando a tomada de decisão.

Conforme as pessoas aumentam o seu envolvimento com o uso e abuso de SPA acabam reduzindo seu envolvimento em atividades e mesmo limitando suas relações aquelas ligadas diretamente ao uso. Com a **Busca de Fontes Alternativas de Prazer** buscamos o reforço positivo, através do rearranjo do estilo de vida e do ambiente social, permite que a mudança no padrão de uso se torne compensatória para a pessoa, isto é, o sujeito perceba vantagens em parar ou diminuir. Este se torna um objetivo importante no atendimento do usuário que desenvolveu uma relação de dependência com a substância, e, no trabalho desenvolvido, buscamos utilizar os recursos disponíveis na comunidade, conforme abordagem proposta por Miller, Meyer e Hiller (1999).

As primeiras intervenções visam à elaboração de **Estratégias para evitar ou diminuir o uso** com o objetivo de auxiliá-los lidar com o uso de substâncias psicoativas é necessário que a pessoa identifique situações de risco no cotidiano e que sejam potencializadas ou desenvolvidas estratégias para lidar com as mesmas. Também precisam ser trabalhadas as crenças em relação ao uso, conforme Beck e Cols (1993). Embora haja um aparente engessamento e uma dissonância com as propostas vigentes a compreensão das implicações do uso e/ou abuso de SPA e a identificação de situações de risco fazem parte de um momento de compreensão e da relação que os sujeitos desenvolvem com as SPA e lhes dá a possibilidade de optar pelo uso ou não delas.

Com fatores de risco e de proteção entrelaçados **a Relação familiar e com rede social e afetiva de apoio** merece atenção especial em qualquer intervenção pensada no campo do uso abuso de SPA - pesquisas atuais, entre elas a de Schenker e Minayo (2004), têm comprovado que a presença do familiar no tratamento para o uso e abuso de SPA, ou então, da rede de apoio (pessoas que estabelecem alguma ligação afetiva com o sujeito em tratamento) tem grande influência na consistência deste processo. É perceptível, quando se trabalham as questões familiares, o aumento da auto-estima e conseqüentemente da motivação, trazendo maior de adesão ao tratamento.

As **Atividades de vida diária (AVD), atividades de vida prática (AVP) e socialização** (NEISTADT, 2002) posta à necessidade de se trabalhar o comprometimento dos papéis sociais e ocupacionais, bem como os prejuízos cognitivos, comportamentais e fisiológicos que se instalam em decorrência do uso e abuso de SPA, que acabam promovendo o isolamento sócio-familiar. Mostra-se fundamental o desenvolvimento de práticas reflexivas sobre as ações de autocuidado e autonomia.

Após a escuta inicial onde se acolhe toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento e o processo de acolhimento começam a serem pensados os passos do Projeto Terapêutico Singular (PTS): diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. (Brasil, 2007). Foi fundamental o amadurecimento da equipe técnica para por em prática mudanças dessa envergadura. A clínica ampliada exigia alterações nas relações internas e articulação com a rede. Essa construção conjunta entre pessoa atendida, técnico de referência e familiar/rede de apoio, tendo a colaboração da equipe (Brasil, 2007).

Como a demanda inicial, considerando a avaliação empírica realizada pelos trabalhadores, é falar sobre o uso e abuso de SPA. Na Fase Meio de Tratamento o usuário começa a perceber as implicações do uso e os prejuízos, também reflete sobre suas relações e busca identificar mecanismos para lidar com situações adversas de forma assertiva. Nessa fase, trabalha-se o **Mapeamento de situações de risco e desenvolvimento de estratégias para lidar com as mesmas** nesse momento busca-se identificar os gatilhos que podem precipitar uma recaída. Dada a complexidade das questões que envolvem o uso/abuso de SPA o tema recaída deve estar presente no PTI. A diversidade de metas dos PTS tem que contemplar os sujeitos que desejam a abstinência e aqueles que querem apenas se absterem do uso de uma ou outra substância e onde a abstinência não é objetivo central do PTS. Com uma variedade, tanto emocionais quanto ambientais, e desenvolver habilidades para lidar com os mesmos. Trabalha-se com ênfase na responsabilização da pessoa frente ao uso e no aumento da auto-eficácia, bem como no aprimoramento da resolução de problemas (MARLATT E GORDAN, 1993).

Questões familiares estão ainda mais presentes nessa fase, assim a **Identificação da dinâmica familiar e do papel desta no uso de e abuso de substâncias psicoativas** é fundamental para a manutenção do tratamento. A identificação dessa dinâmica familiar faz-se de significativa importância para a obtenção de resultados positivos. As relações afetivas e seus possíveis desdobramentos estão relacionados aos padrões de consumo apresentados pelos usuários, caracterizando diferentes níveis do sofrimento físico e psíquico. Uma vez identificado tal funcionamento torna-se possível para a equipe intervir neste sistema no sentido de alterar sua dinâmica e suas conseqüências. Pode-se colocar que a família é co-autora, tanto para o uso abusivo de SPA como para a busca e realização do tratamento.

É nessa fase que buscamos trabalhar outras questões para além do uso de substâncias e o lugar que a droga ocupa na vida do sujeito. Desta forma, nessa fase do tratamento, avançamos para a escuta daquilo que fez com que se desenvolvesse a relação de dependência com a substância e o foco volta-se, tanto para as comorbidades, quanto para outros sofrimentos do sujeito, conforme Beck e cols (1993) identificamos essa ação como a



### **Identificação das crenças disfuncionais (visão de si, do mundo e do futuro inflexíveis) e sua flexibilização.**

Por fim, quando o sujeito visualiza as metas pensadas e reavaliadas conforme PTS e identifica que concluiu o que se havia proposto no tratamento consideramos a **Fase Alta de Tratamento**. Essa é a fase na qual a pessoa já modificou a relação de centralidade com a substância psicoativa e avançou no reconhecimento de outras questões que propiciaram o desenvolvimento do sintoma. Uma última avaliação é necessária e trabalhamos na perspectiva da **Construção Prospectiva de Vida** a partir do exercício, até aqui vivenciado, de apropriação e contextualização do seu processo de vida, a pessoa é estimulada a planejar um projeto de vida, condizente com suas condições pessoais e com a realidade mais ampla.

Apesar de ser realizado periodicamente nesse último momento efetuamos mais uma **Avaliação do PTS e do processo de tratamento** é quando a pessoa em tratamento revê suas metas iniciais e avalia o quanto conseguiu efetivá-las. A partir disso, traça estratégias para lidar com questões que se mantêm ainda em aberto. Também pensa sobre elementos facilitadores e dificultadores do seu processo de tratamento, bem como avalia sua inserção no serviço – pontos positivos e negativos.

Algumas vezes será importante a manutenção de vínculo com instituições tanto da rede de assistência quanto da sociedade civil o **Acesso aos recursos da rede** visa garantir atenção às demandas que ainda estão presentes, efetiva-se o encaminhamento para os recursos da rede que possam dar conta das demandas que ainda estão presentes.

### **Modelo de Gestão**

A rede de saúde mental é constituída a partir da participação de vários setores, os CAPS como dispositivos estratégicos tem um papel fundamental neste contexto. A gestão desses serviços estando em consonância com as propostas de gestão coletivas e co-responsabilização (Brasil, 2009) refletem positivamente na relação dos trabalhadores com os processos de trabalho e com os usuários e a comunidade. Inegavelmente essa proposta inovadora que não é compartilhada pelo modelo de gestão adotado na maioria dos setores, sendo ainda “um desafio aberto” (Merhy, 1998), inventar um modelo de gestão passa pela análise dos modelos existentes pautados quase sempre em hierarquias e/ou setores conforme categorias profissionais. O modelo tradicional de gestão pautado em programas pré-estabelecidos, a partir dos quais os trabalhadores eram meros executores de funções estava presente no cotidiano do CAPS AD II, principalmente, quando ao realizarmos uma análise constatamos que estava pautado na administração das pessoas (Merhy, 1998) e de papéis ao considerar questões administrativas como mais relevantes que intervenções fora da estrutura física do serviço.

A quebra desse padrão no serviço passou pela capacidade reflexiva dos trabalhadores (CAMPOS, 2010). No plano micro (MERHY, 2003) a avaliação crítica das nossas ações encontrou eco na emergência por autonomia nos processos de trabalho que, conforme Merhy (2003), as relações configuram-se em um dos campos de fundamental importância para a produção de cuidado. Assim, ao propor mudanças na estrutura organizacional e no modelo de gestão do CAPS AD II foi imprescindível que todos os atores estivessem implicados no processo.

A horizontalidade, ao menos internamente, estava presente, e mesmo com uma multiplicidade de saberes e uma gama variada de práticas, havia convergência quanto ao desejo pela implementação dos princípios do SUS e a qualificação do cuidado.

A proposta de um Colegiado Gestor corrobora o pensamento de Campos (2010) já que esse passa a encarregar-se de elaborar diretrizes metas e programas de trabalho e avalia-se periodicamente. Dentre as vantagens enumeradas nesse Modelo de Gestão está a participação ativa dos profissionais e o compromisso desses com o serviço para tanto houve uma mudança na organização interna (CAMPOS, 1998). Ao coordenador cabe a direção executiva, ao implementar decisões do colegiado e dos colaboradores (CAMPOS, 1998).

A partir das discussões com vistas à elaboração do Regimento Interno do CAPS AD II, a equipe foi amadurecendo a proposta de alterar o processo de coordenação do serviço, tornando-o mais compartilhado e descentralizado. Assim procedendo, a Coordenação do CAPS AD II, passou a ser exercida em novembro de 2007 por um Colegiado, composto por 3 (três) membros da equipe técnica de nível superior, cujos critérios ainda contemplam o exercício de atividade técnica no serviço há, no mínimo, 1 (um) ano e 2 (dois) anos na área de saúde coletiva.

São atribuições da Coordenação Colegiada do CAPS AD II:

- Coordenar o planejamento, a execução e a avaliação dos processos de trabalho do CAPS AD II, referente aos três blocos de ações, tendo cada membro do Colegiado, a responsabilidade de coordenar um dos referidos blocos.

- Selecionar e capacitar recursos humanos para atuação no CAPS AD II.

- Representar o CAPS AD II e a equipe, bem como suas posições, previamente discutidas e elaboradas;

- Zelar pela qualidade de vida no trabalho do conjunto dos profissionais do CAPS AD II, referente a instalações físicas, materiais, processos inter-relacionais, atenção e promoção de saúde individual e coletiva.

Quando pensamos no processo de mudança ocorrido no CAPS AD II um ponto foi fundamental para viabilizá-lo a formação dos profissionais aliado a visão de clínica ampliada, a partir do conceito ampliado de saúde, com o objetivo de qualificar as intervenções. Refiro-me a qualificação profissional considerando a Saúde Coletiva como horizonte das ações pretendidas

e não somente a formação acadêmica e de pós graduação, e sim a formação por englobar aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS (Ceccim, 2004). De indiscutível relevância, ressalto a formação dos colegas oriundos da Residência em Saúde Coletiva da ESP que conferiram a esse momento um debate em consonância com a proposta de novos arranjos tecnoassistenciais (FEUERWERKER, 2005). Talvez por terem uma formação com objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (Ceccim, 2004).

Ceccim (2004) afirma que a formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve 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.

## **7. REFLEXÕES**

Como quem melancolicamente abre uma caixa de recordações com fotografias e as contempla tentando perceber e compreender os detalhes sutis, mas fundamentais por trás daquelas imagens consigo avaliar que aquele processo tinha componentes desumanos. As pessoas chegavam e eram atendidas de uma forma burocrática, fria e protocolar, entretanto, tinham que aguardar sua vez por horas. O atendimento era por ordem de chegada. Naquela época não dispúnhamos sequer das refeições preconizadas às pessoas em atendimento. Obviamente nada tínhamos a oferecer aos que aguardavam por horas e aos seus familiares, além de cadeiras desconfortáveis.

Causa-me até constrangimento pensar que agendar consultas e medicar os sujeitos era o primeiro objetivo. Uma imagem me assusta ainda hoje quando abro a caixa de pandora do amorismo que caracterizou como o serviço foi montado. Ao tentar conhecer os sujeitos que acessavam o CAPS AD alguns profissionais buscaram aprimorar o processo de acolhimento. O objetivo era conhecer a pessoa sua vida sua história de vida. O que ocorreu? A médica psiquiatra disse “É muita coisa para saber essas informações não importam” (sic). O que fez? Riscou toda a nova ficha de acolhimento elaborada a várias mãos. Pôs fim àquele que seria um dos primeiros movimentos em equipe para melhoria do serviço e conseqüentemente da atenção prestada às pessoas que ali estavam e/ou ali chegavam a busca de atenção, de cuidado e de acolhimento.

O processo de mudança vivenciado pela equipe durante o período de elaboração do PTI possibilitou aos trabalhadores implicarem-se com os processos de trabalho o que em outros momentos nos fora negado. Naquele momento a equipe estava estável já ha alguns anos. Contava com um grande número de servidores estatutários o que conferia mais estabilidade. Mesmo com as discrepâncias de carga horária e remuneração em decorrências das diferentes formas de contratação dos demais trabalhadores a harmonia entre as pessoas possibilitou a organização do PTI.

A precarização do trabalho e as terceirizações por vezes prejudicavam a continuidade do trabalho, mas essa prática é comum nos municípios. Ponto negativo dessa forma de contratação é a fragilidade dos vínculos como a baixa remuneração, a pouca qualificação dos trabalhadores já que os que investem em formação específica acabam buscando postos de trabalho que valorizem esse investimento. Se considerarmos que um dos pontos fundamentais para a efetivação da clínica ampliada são os vínculos afetivos (Brasil, 2007) esse encontra-se negligenciado pelos gestores ao proporcionar a precarização do trabalho com as terceirizações e/ou criação de formas alternativas de contratação. Hoje mais especificamente com as Fundações.

Diferentes conceitos e referências teóricas dialogavam e usavam como norte para a elaboração das propostas e contribuições da saúde coletiva. A ampliação da reflexão que tinha como foco inicial o cuidado direcionou-se também para a gestão. A gestão tinha que estar ao lado do cuidado e não acima dele, como normalmente nas estruturas administrativas. Os trabalhadores como colaboradores da gestão e não meros subordinados passam a refletir a prática e suas intervenções de forma implicada. Tornam-se protagonistas em um serviço agora aberto a suas contribuições.

## 8. REFERÊNCIAS

- AMARANTRE, P. *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2007.
- BECK A.T.et al. *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press, 1993.
- BRASIL. \_\_\_\_\_. *A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de álcool e Outras Drogas*. 2ª ed. Ver. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. \_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Legislação e Políticas Públicas sobre drogas no Brasil*. Brasília, 2008
- BRASIL. \_\_\_\_\_. Brasil. *Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Brasília: Ministério da Saúde. In: *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, 5ª ed. ampl. – Brasília, 2004.
- BRASIL. \_\_\_\_\_. Brasil. *Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001*. Brasília: Ministério da Saúde. In: *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*, 5ª ed. ampl. – Brasília, 2004.
- BRASIL. \_\_\_\_\_. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004
- BRASIL. \_\_\_\_\_. *Equipe de referência e apoio matricial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.17p.
- BRASIL. \_\_\_\_\_. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 44 p.
- BRASIL. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Prontuário Transdisciplinar e Projeto Terapêutico*. Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília-DF, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prontuario.pdf>. [acessado em 19/12/2013].
- BRASIL. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização* – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: [http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos\\_terapeuticos.pdf](http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos_terapeuticos.pdf). [acessado em: 19/12/2013]
- BRASIL. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização *Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular*. 2.ª edição Série B. Textos Básicos de Saúde Brasília – DF 2007. Disponível em: [http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos\\_terapeuticos.pdf](http://www.ufjf.br/hu/files/2009/10/projetos_terapeuticos.pdf). [acessado em: 19/12/2013].
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (ORG). *Co-construção de autonomia: O Sujeito em Questão* in Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2006 (pg 669-687)
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso*. *Cad. Saúde Pública* [online]. 1998, vol.14, n.4, pp. 863-870. ISSN 010. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000400029&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1998000400029&script=sci_arttext). [Acessado em: 02 de Agosto de 2013].

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.5, pp. 2337-2344. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500009&script=sci_arttext). [Acessado em: 01/12/2013].

CECCIM, Ricardo Burg. *Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2005, vol.10, n.4, pp. 975-986. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000400020&script=sci_arttext). [Acessado em: 30/11/2013].

CECCIM R. B. LAURA C. M. FEUERWERKER. *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 41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. [Acessado em: 01/12/2013]

DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. 5ª Edição. - Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003

FEUERWERKER, L. M. *Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS* *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>. [Acessado em: 01/12/2013].

JORGE, Maria Salete Bessa et al. *Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.7, pp. 3051-3060. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800005>. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000800005&script=sci_arttext). [acessado em 19/12/2013]

FOUCAULT, M. *A História da Loucura*. São Paulo: Ed. Perspectiva: 7ª Edição, 1ª reimpressão, 2004

FRANCO T.B. BUENO W.S. MERHY E.E. *O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2):345-353, abr-jun, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n2/0319.pdf>. [Acessado em 30/11/2013].

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. *O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis*. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0510.pdf>. [Acessado em: 30/11/2013]

MÂNGIA E, FERREIRA, NICÁCIO F. *Terapia Ocupacional em Saúde Mental: Tendências principais e desafios contemporâneos*. In: DE CARLO, Marysa M.R.P; BARTALOTTI Celina C. (orgs.). *Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas*. São Paulo: Ed. Plexus, 2001 (sl) p.: 63-80.

MARLATT, G.A.; GORDON, J. R. Prevenção da Recaída: Estratégias de Manutenção de Comportamentos Adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MERHY, E.E. & Franco, T.B., Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003. Disponível em: [http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao\\_tecnica\\_do\\_trabalho\\_emerison\\_merhy\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerison_merhy_tulio_franco.pdf). [Acessado em: 30/11/2013].

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. Principios de Tratamientos para La Drogadicción: Una Guía Basada en Investigaciones. NIH Publicación nº 01-4180 (s). Impresa julio 2001. Disponível em: <http://www.drugabuse.gov/PODAT/spanish/PODATIndex.html>. [Acessado em 14 de novembro 2013].

NEISTADT, M.E., CREPEAU, E.B. Terapia ocupacional. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan Nona edição.

OLIVEIRA, C.S., ZAPPELINI, L.D. O Processo de Acolhimento em Saúde Mental: Construindo Mudanças. BOLETIM DA SAUDE 21 N2 - AGO2008. p65 67. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/ProcesdeAcolhimSaudMen.pdf>. [acessado em: 19/12/2013].

PEREIRA, WILLIAM C.C. O Adoecer psíquico do subproletariado: Projeto Saúde Mental na Comunidade. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2004.