



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ANGÉLICA MOTA MARINHO

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:
RE-CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA

FORTALEZA

2010

ANGÉLICA MOTA MARINHO

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: RE-
CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Grupo de Pesquisa Políticas e Práticas de Saúde (GRUPPS)

Linha de Pesquisa: Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Batista Braga

FORTALEZA

2010

M29c Marinho, Angélica Mota

Centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas: reconstrução de uma prática/ Angélica Mota Marinho. – Fortaleza, 2010.

193f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Violante Augusta Batista Braga
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará.
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, CE.

1. Serviços Comunitários de Saúde Mental. 2. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 3. Políticas Públicas. I. Braga, Violante Augusta Batista (orient.). II. Título.

CDD: 362.1

ANGÉLICA MOTA MARINHO

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: RE-
CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado, da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Data de aprovação: 25/03/2010

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Violante Augusta Batista Braga
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Maria de Nazaré de Oliveira Fraga
Universidade Federal do Ceará

Profa. Dra. Francisca Lucélia Ribeiro de Farias
Universidade de Fortaleza

Profa. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro
Universidade Federal do Ceará

**Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)
e Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**

Esta dissertação está inserida na Linha de Pesquisa 'Enfermagem e as Políticas e Práticas de Saúde' do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

RESUMO

Esta pesquisa aborda a prática desenvolvida nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), com enfoque no saber-fazer das equipes multiprofissionais neles atuantes. O objetivo geral do estudo foi analisar os CAPS AD como dispositivos de atenção ao usuário de droga com base nos preceitos das políticas atuais sobre drogas. Os serviços foram caracterizados quanto a sua estrutura física e recursos humanos. Investigaram-se as concepções e percepções dos profissionais relacionadas à problemática do consumo de droga na atualidade, assim como as ações e práticas desenvolvidas por eles nos CAPS AD. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva desenvolvida em quatro CAPS AD, distribuídos na cidade de Fortaleza-CE. Os sujeitos envolvidos no estudo foram os profissionais de nível superior, que compunham as equipes multiprofissionais e os coordenadores técnicos de cada instituição. Utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada com perguntas contemplando aspectos inerentes às características sociodemográficas dos sujeitos, suas formações profissionais e experiências em saúde mental. Alguns questionamentos também visaram o conhecimento das práticas desenvolvidas nos serviços e do uso dos recursos e dispositivos presentes nas comunidades e na suposta rede de atenção e apoio ao usuário de álcool e outras drogas. A observação sistemática e o diário de campo foram utilizados também na coleta de dados, já que se pretendeu saber como estavam organizados e distribuídos os recursos físicos e humanos de cada instituição, assim como suas dinâmicas de funcionamento. Os dados quantitativos foram organizados em quadros e os qualitativos de acordo com o método de análise de conteúdo proposto por Bardin, sendo analisados e discutidos com base na literatura recente. Os aspectos éticos e legais da pesquisa foram respeitados conforme as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Ao findar do estudo, percebeu-se a consciência dos profissionais em relação à importância da problemática das drogas nos dias atuais, bem como das articulações entre os diversos espaços voltados à assistência ao usuário de droga. No entanto, muitas das ações ainda são centradas no CAPS AD, constatando-se o predomínio de práticas ambulatoriais em detrimento das comunitárias e o esforço de alguns profissionais para reabilitar e reinserir socialmente os usuários dos serviços, embora considerem o preconceito da sociedade como uma grande barreira a ser superada. A apreensão dos discursos dos profissionais acerca da prática junto ao usuário de droga traz à tona uma realidade nova, de construção de serviços desta natureza, destacando alguns avanços e muitos desafios a serem enfrentados para mudar o cenário de atenção a esta população. Para que isto ocorra, necessários se fazem a união de esforços e de ações interdisciplinares e intersetoriais. O campo estudado mostra-se rico e carente de outros estudos.

Descritores: Serviços Comunitários de Saúde Mental. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Políticas Públicas.

ABSTRACT

This research approaches the practice developed in the Centers of Psychosocial Assistance Alcohol and Other Drugs (CAPS AD), focused in the know-how of multiprofessional teams that work there. The main objective of the study was to analyze CAPS AD as care devices to drug users based in the concepts of the current policies on drugs. The services were characterized concerning their physical structure and human resources. The conceptions and perceptions of the professionals related to the problem of drug consumption at present times were investigated, as well as the actions and practices developed by them in CAPS AD. This is an exploratory and descriptive research carried out in four CAPS AD, distributed in the city of Fortaleza-CE-Brazil. The subjects involved in the study were the professionals of university level that composed the multiprofessional teams and the technical coordinators of each institution. A semi-structured interview route was used with questions contemplating inherent aspects to the socio-demographics characteristics of the subjects, their professional formation and experiences in mental health. Some questions also targeted the knowledge of the practices developed in the services and the use of the resources and devices present in the communities and in the supposed net of care and support to users of alcohol and other drugs. Systematic observation and field diary were also used in data collection, since it was meant to know how the physical and human resources of each institution were organized and distributed, as well as their operation dynamics. The quantitative data were organized in pictures and the qualitative according to the content analysis method proposed by Bardin, being analyzed and discussed based in the recent literature. The ethical and legal aspects of the research were respected according to the norms of the Resolution 196/96 of the National Health Council that rules researches involving human beings. After the study it was noticed the professionals' conscience on the importance of the drug problem in present times, as well as the articulations between the several places addressed to the assistance of drug users. However, many of the actions are still centered in CAPS AD, being verified the prevalence of clinic practices instead of community practices and some professionals' effort to socially rehabilitate and reintegrate the service users, although they consider society's prejudice a great obstacle to overcome. The apprehension of the professionals' speeches on the practice with drug users reveals a new reality of construction of services of this kind, with special reference to some progresses and many challenges faced in order to change the scenery of care to this population. For this to happen, the union between interdisciplinary and intersectorial efforts and actions are necessary. The studied field is rich and lacking of other studies.

Descriptors: Community Mental Health Services. Substance-Related Disorders. Public Policies.

LISTA DE QUADROS

1 – Estrutura física dos CAPS AD das SER I, III, IV e V.	76
2 – Distribuição dos funcionários dos CAPS AD por categoria de trabalho.	87
3 – Distribuição dos profissionais dos CAPS de acordo com idade (em anos), gênero, estado civil, naturalidade, profissão, tempo de graduação, renda mensal (em salários mínimos) e horas de trabalho por semana.	90
4 – Distribuição dos profissionais segundo o tempo de experiência em saúde mental e na dependência química, tempo de atuação no CAPS AD, tipo de vínculo empregatício, motivo(s) para o trabalho, trabalho exercido em outro(s) serviço(s) da rede de saúde mental ou não.	92
5 – Cursos e atividades de formação profissional, na área de saúde mental, realizados pelos profissionais participantes do estudo.	95

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

- AA – Alcoólicos Anônimos
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- CAMH – Centro de Dependência Química e Saúde Mental do Canadá
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial – Modalidade I
- CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial – Modalidade II
- CAPS III – Centro de Atenção Psicossocial – Modalidade III
- CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
- CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infantil
- CAPSUL – Pesquisa de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região Sul do Brasil
- CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
- CEJA – Centro Estadual de Educação para Jovens e Adultos
- CERSAM – Centro de Referência em Saúde Mental
- CINE CAPS – Cinema do Centro de Atenção Psicossocial
- CRAS – Centro de Referência em Assistência Social
- CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes
- CPTT – Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos
- DAYLYs – Anos de Vida Perdidos ou Incapacitados
- DHHs – Departamento de Saúde e Serviços Humanos
- DST/AIDS – Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- FUNCI – Fundação da Criança e da Família Cidadã
- G. M. – Gabinete Ministerial
- GRUDDI – Grupo para Usuários de Drogas Ilícitas
- HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
- LSD – Dietilamina do Ácido Lisérgico
- MECA – Método para Epidemiologia do Distúrbio Mental da Criança e Adolescente
- NA – Narcóticos Anônimos
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NAPS AD – Núcleo de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não Governamental

ONU – Organização das Nações Unidas

OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas

PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas

PRD – Programa de Redução de Danos

PSF – Programa Saúde da Família

SAS – Secretaria de Assistência à Saúde

SEBRAE – Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas/Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SER – Secretaria Executiva Regional

SINE – Serviço de Intermediação para Trabalho

SUS – Sistema Único de Saúde

T. O. – Terapeuta Ocupacional

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFC – Universidade Federal do Ceará

UNIFOR – Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 O uso da droga e a saúde pública	20
3.2 Políticas públicas brasileiras sobre drogas: reflexão necessária	28
3.3 Novos serviços de atenção ao usuário de droga: contexto brasileiro	35
4 PERCURSO METODOLÓGICO	48
4.1 Tipo de estudo	48
4.2 Local do estudo	48
4.3 Participantes do estudo	50
4.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados	51
4.5 Procedimento para a obtenção dos dados	52
4.6 Organização e análise dos dados	53
4.7 Aspectos éticos e legais do estudo	55
5 CAPS AD COMO DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGA	57
5.1 Estruturação e dinâmica de funcionamento	57
5.1.1 Missão e projeto terapêutico	61
5.1.2 Atividades desenvolvidas e suas repercussões	68
5.2 Instalações físicas	75
5.3 Recursos humanos	82
6 A PROBLEMÁTICA DAS DROGAS: REFLETINDO SOBRE CONCEPÇÕES	99
6.1 Percepção dos profissionais sobre o uso e o usuário de droga	99
6.1.1 Fatores associados pelos profissionais ao uso de drogas	102
6.1.2 Profissionais e as políticas públicas relativas ao uso de drogas	106
6.2 O papel do CAPS AD na rede de atenção em saúde	115
7 CAPS AD: CONSTRUÇÃO DE CAMINHOS RUMO À ATENÇÃO DIFERENCIADA	122
7.1 Atuação rumo à interdisciplinaridade, reabilitação psicossocial e reinserção social	122
7.2 Buscando a integralidade da assistência e articulações intersetoriais	137
7.3 Alta dos usuários e avaliação de práticas	148
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
REFERÊNCIAS	158

APÊNDICES	179
ANEXOS.....	191

1 INTRODUÇÃO

No ano de 2003, quando me encontrava como acadêmica da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), a disciplina de Saúde Mental me chamou atenção, e, dentre todos os conteúdos abordados nela, o que mais despertou meu interesse foi o de dependência química. O desejo pelo estudo dessa temática se aprofundou depois da graduação, quando passei a lecionar em agosto de 2005 esta disciplina para acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Em 2006, o exercício da docência me possibilitou acompanhar e orientar aulas práticas em um Centro de Atenção Psicossocial que atendia pessoas com problemas graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPS AD). Percebi o quanto seria vantajoso estudar a temática, enfatizando o processo de inserção dessa nova instituição na rede de atenção em saúde. De acordo com os estudos realizados naquela época, vi que os CAPS AD eram serviços recentes, que começavam a se implantar aos poucos no Brasil e no Estado do Ceará.

Apesar das pesquisas envolvendo os CAPS AD serem escassas e recentes naquele período, observei que já existiam inúmeros estudos mostrando que o fenômeno do consumo de drogas no Brasil é uma problemática bastante atual, que vem repercutindo na vida da população brasileira desde o fim da década de 1980, atingindo pessoas de faixas etárias diversas, especialmente a parcela produtiva da população, composta por adolescentes e adultos jovens (GALDURÓZ; NOTO; CARLINI, 1997; NOTO, 1999). Dessa maneira, pude constatar que realizar um estudo enfocando um novo serviço de saúde mental destinado aos usuários de drogas seria bastante pertinente e contemporâneo, uma vez que a problemática do uso de drogas já é algo bastante presente nos dias atuais, passando a ser campo de interesse da agenda da saúde pública.

Até a década de 70, o usuário de substâncias psicoativas era identificado como doente e/ou criminoso, para tratá-lo foram propostos diferentes dispositivos assistenciais, a princípio, hospitais psiquiátricos, e logo depois, centros especializados de tratamento público ou filantrópico. Esses serviços tinham metas de salvar, recuperar, tratar e punir (FIORE, 2005; MACHADO; MIRANDA, 2007).

Araújo *et al.* (2003) descrevem sobre uma importante prática iniciada na década de 40, em um hospital psiquiátrico localizado no sul do Brasil, onde houve a criação de uma

Unidade de Internação denominada “Pavilhão de Alcoolistas”, a qual foi uma das primeiras ações visualizadas no Brasil, feita no sentido de tratar a pessoa com dependência química, respeitando suas características peculiares, não a internando com pacientes portadores de distúrbios mentais.

Quando a Lei nº10.216 entrou em vigor no país, em abril de 2001, ficou estabelecido o progressivo fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e a substituição destes por leitos em hospitais gerais. Isso veio contribuir progressivamente para a desospitalização de pacientes portadores de transtornos mentais, e, conseqüentemente, dos usuários de droga. Em 2002 surgiu a Portaria GM nº 336, regulamentando a criação dos Centros de Atenção Psicossocial, considerados substitutivos do hospital psiquiátrico, tendo como um dos principais objetivos favorecer a reabilitação e a reinserção social dos pacientes portadores de transtornos psíquicos. (BRASIL, 2004a).

Atualmente, existem diversas modalidades de CAPS, sendo elas os CAPS I, II, III, o CAPS i e o AD. Os CAPS de modalidade I e II destinam-se ao atendimento diário, por cinco dias semanais, de adultos com transtornos mentais severos e persistentes, podendo ser implantados em municípios com populações entre 20.000 e 70.000 habitantes, e 70.000 a 200.000 habitantes, respectivamente. Já os CAPS III são serviços destinados ao atendimento diurno e noturno, durante sete dias da semana, de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, podendo ser implantados em municípios com população acima de 200.000 habitantes. (BRASIL, 2004b).

Os CAPS i, por sua vez, atendem diariamente crianças e adolescentes que têm transtornos mentais, podendo ter um terceiro período funcionando até 21 horas. Finalmente, os CAPS AD são destinados ao atendimento dos usuários de álcool e outras drogas com transtornos decorrentes do uso e dependência dessas substâncias. É importante salientar que os CAPS AD funcionam em cinco dias úteis da semana, de segunda a sexta-feira, em municípios com populações acima de 100.000 habitantes e também podem ter um terceiro turno, funcionando até 21 horas. (BRASIL, 2004b).

No ano de 2002 foram implantados no Brasil 42 CAPS AD, distribuídos em 14 estados, a partir dos quais houve a expansão dessa modalidade de atendimento. O Ministério da Saúde tem destacado o avanço na implantação dos CAPS AD. Em 2005, 115 estavam funcionando em todo o país e em 2006 esse número subiu para 138 (BRASIL, 2003; CORDEIRO, 2005; BRASIL, 2007a).

No estado do Ceará, os CAPS gerais, de modalidade I e II, se instalaram primeiramente. Segundo Leitão e Souza (2002) em 1999 haviam nove em todo o Estado,

sendo que apenas um se localizava na capital. Em 2001, esse número cresceu para 20, ocorrendo a criação do segundo CAPS geral de Fortaleza. No ano de 2005, o Estado possuía 39 CAPS do tipo I e 13 do tipo II, e apenas um CAPS de tipo III, estando localizado na cidade de Iguatu, no Centro do Estado. (FORTALEZA, 2005).

Após a implantação dos CAPS citados, os CAPS AD começam a se inserir no Ceará. Em 2005 existiam 11 serviços desse tipo em todo o Estado. Nesse ano também foi inaugurado o primeiro CAPS AD da cidade de Fortaleza, que, assim como o primeiro CAPS geral da capital, inseriu-se na área de abrangência da Secretaria Executiva Regional III (SER III), estando vinculado à rede de serviços de saúde da UFC (FORTALEZA, 2005, 2006).

Posteriormente, novos CAPS AD foram inaugurados nas outras cinco regionais da cidade. Hoje, Fortaleza tem um CAPS AD para cada Regional, contudo quando as atividades desses serviços foram iniciadas em 2004, existiam 54 profissionais de saúde trabalhando nos CAPS existentes e hoje são 333 profissionais para toda a rede de CAPS de Fortaleza, que é constituída por 6 CAPS de modalidade II, 2 infantis e 6 álcool e droga. O Ceará possuía, até 2007, 29 CAPS I, 27 CAPS II, 3 CAPS III, 15 CAPS AD e 5 CAPS i, sendo que aqueles destinados ao atendimento da clientela de álcool e outras drogas localizavam-se nos municípios de Barbalha, Camocim, Caucaia, Fortaleza, Icó, Iguatu, Juazeiro do Norte, Limoeiro do Norte, Maranguape e Sobral (FORTALEZA, 2008a).

Hoje, encontram-se várias pesquisas que têm os CAPS gerais como campos de investigação, mas os estudos sobre os CAPS AD ainda estão sendo construídos. Observa-se que a região Nordeste tem carência na divulgação dessas pesquisas, todavia já se constata publicações e projetos de pesquisa que enfocam situações do Sul e Sudeste. As pesquisas vêm trazendo informações sobre a organização e o funcionamento desses serviços, as práticas dos profissionais neles engajados, percepções dos usuários referentes ao modelo de atendimento, dentre outros aspectos mostrados pelos estudos que se seguem.

Jesus (2006) procurou descrever e discutir, em sua dissertação, o método de atendimento adotado pelas instituições de atenção aos usuários de drogas localizadas no Vale do Paraíba, estado de São Paulo. Constatou-se, a partir disso, que era marcante a carência de profissionais da área da saúde e de profissionais com formação em dependência química e que 60% das instituições investigadas eram comunidades terapêuticas. O trabalho, a disciplina e a espiritualidade prevaleceram como métodos de atendimento, não havendo avaliação dos resultados dessas práticas, tendo como objetivo de tratamento o processo de abstinência.

Sphor, Leitão e Schneider (2006), por sua vez, caracterizaram os serviços de atenção aos usuários de drogas existentes na cidade de Florianópolis, evidenciando o

predomínio de instituições de caráter privado e filantrópico, em detrimento das públicas; escassez de atendimento especializado para adolescentes e mulheres, preponderando os serviços voltados aos clientes adultos do sexo masculino, além de uma quase inexistência de critérios e processos de avaliações de resultados obtidos na assistência a esses sujeitos.

Souza *et al.* (2007) realizaram uma pesquisa em um CAPS AD situado em um município do Rio Grande do Sul, que teve o objetivo de analisar o funcionamento do serviço como um novo modelo de assistência, bem como sua interação com o Serviço de Redução de Danos. Os resultados apontaram uma rede de serviço relativamente desconexa, porém com vastas possibilidades para a complementariedade da atenção, observando-se a influência da formação médica hospitalocêntrica e a falta de engajamento de alguns profissionais como fatores importantes no conjunto de desafios para a consolidação de uma nova proposta de assistência.

Reis e Garcia (2008) analisaram um Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) localizado na cidade de Vitória, estado do Espírito Santo, que em 2002 passou a funcionar como CAPS AD. Os autores identificaram que o processo de trabalho dessa instituição abrangia o atendimento individual, atividades grupais na atenção diária e grupos de acolhimento e acompanhamento, inclusive, ainda referiram que o CPTT também se caracterizava pela precarização do vínculo de trabalho da maioria dos profissionais que lá atuavam.

É válido ainda destacar que hoje, no Brasil, está sendo desenvolvida uma pesquisa de avaliação dos CAPS de modalidade I, II e III pertencentes aos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. O projeto é financiado pelo Ministério da Ciência e Tecnologia através do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) em parceria com o Ministério da Saúde e se desdobra em um estudo quantitativo e outro qualitativo, que se propõem a investigar aspectos de estrutura, processo de trabalho e resultados dos CAPS, ouvindo usuários, familiares, trabalhadores e coordenadores dos serviços nos três estados (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS, 2008). Trata-se de uma pesquisa de grande relevância, que, certamente, trará importantes contribuições para os saberes e práticas de saúde mental dos três estados.

No Nordeste, mais especificamente no estado do Ceará, o que se encontra, predominantemente, são pesquisas realizadas nos CAPS de modalidades I e II. Um dos estudos mais amplos é o de Oliveira (1999), que descreveu e refletiu sobre o processo de construção desses serviços em todo o Ceará, procurando compreender a prática cotidiana do enfermeiro nessas instituições. Os CAPS AD, bem como a rede de serviços de saúde

destinada ao atendimento da clientela usuária de drogas, foram alvo de poucas pesquisas divulgadas em nosso meio.

Uma das pesquisas estudadas se destinou a caracterizar os casos atendidos no CAPS AD da cidade de Sobral em seu primeiro ano de funcionamento, trazendo contribuições para uma possível adequação e organização daquele serviço, que possuía, na época de realização da pesquisa, um ano e sete meses de funcionamento em uma cidade onde a dependência química já assumia proporções alarmantes. (MARINHO, 2004).

Moraes (2008) realizou um estudo em dois CAPS AD da cidade de Recife, em Pernambuco, a fim de presenciar o cotidiano dos serviços, aproximando-se das percepções dos usuários, familiares e profissionais sobre o modelo de atendimento utilizado nas instituições e conhecendo os projetos terapêuticos em uso. Seu artigo mostrou que o usuário ainda era percebido como doente, havendo uma forte ênfase em sua medicalização e em outras proposições contidas no modelo biomédico, tão criticado pelo movimento de Reforma Psiquiátrica. Houve relatos que se reportaram às dificuldades de reinserção social da clientela e ao preconceito e exclusão sofrida pelos clientes quando em sociedade.

Rameh-de-Albuquerque (2008), em sua dissertação, procurou analisar a pertinência de serviços que se destinam a acolher e incentivar o tratamento de usuários de droga na cidade de Recife, as chamadas Casas do Meio do Caminho. Assim, a necessidade e importância dessas instituições foram constatadas, pois elas ampliavam a rede de assistência a essa população, constituindo-se como serviços de atendimentos diferenciados aos usuários de álcool e outras drogas, outrora negligenciados pela Secretaria de Saúde daquela cidade. Porém, o princípio da integralidade precisava ser melhor compreendido e trabalhado pelas equipes multiprofissionais que atuavam nessas instituições.

As pesquisas feitas nas cidades das regiões Sudeste e Sul, em particular o desenvolvimento do Projeto CAPSUL e a carência de pesquisas sobre a referida temática na região Nordeste, despertaram o desejo de saber como está o processo de funcionamento de muitas outras instituições como estas, que se encontram espalhadas pelo Brasil, inclusive no Ceará. Em virtude disso, surgiu o questionamento: A atenção desenvolvida pelos CAPS AD da cidade de Fortaleza – Ceará tem contemplado os preceitos de interdisciplinaridade, intersetorialidade, integralidade da assistência, reabilitação psicossocial e reinserção social, que dão sustentação às políticas públicas atuais sobre drogas?

Sem sombra de dúvida, a Política Nacional de Saúde Mental e a Política Nacional sobre Drogas deram grandes contribuições para a assistência destinada às pessoas usuárias ou dependentes de alguma substância química, que passaram a ter direitos aos tratamentos

específicos, ficando as internações excessivas proibidas e havendo um importante incentivo à construção de serviços como os CAPS AD e os hospitais-dia, a partir da formulação desses documentos.

A Política Nacional sobre Drogas, de 2005, propõe que ações de tratamento, recuperação e reinserção social e ocupacional do usuário de droga e seus familiares devem ser identificadas, qualificadas e garantidas de forma contínua e permanente, com adequado investimento técnico e financeiro. Essas ações devem ser vinculadas às pesquisas científicas, o que poderá permitir incentivo e propagação daquelas que obtiverem resultados mais efetivos, além de promover o aperfeiçoamento das que precisarão ser melhoradas.

A referida política também determina que a capacitação continuada e atualizada de todos os setores governamentais e não governamentais envolvidos com tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional dos usuários drogas e seus familiares deve ser garantida, inclusive com recursos financeiros, a fim de proporcionar maior qualidade no atendimento das pessoas que procuram assistência nessas instituições. (BRASIL, 2005a).

É importante salientar que a Política dá enfoque, também, à articulação e integração dos serviços que poderão estar atuantes no processo de tratamento, reabilitação e reinserção social desses sujeitos, dentre os quais, de acordo com Costa (2004) são: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD), comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospitais-dia, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas no tratamento de dependentes químicos, casas de apoio e convivência, e moradias assistidas.

Dentro dessa perspectiva, considera-se que os CAPS, incluindo os CAPS AD, devem pertencer a uma ampla rede de serviços de saúde, e que ao assumirem o seu papel na articulação e organização desta estarão, conseqüentemente, atuando no direcionamento das políticas e programas de saúde mental locais, através das seguintes ações: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, acompanhando usuários que têm vínculos com outros serviços, como os hospitais-dia e as residências terapêuticas, inclusive assessorando e sendo retaguarda para o trabalho das Estratégias de Saúde da Família (ESF), que são hoje a porta de entrada do usuário nessa rede de serviços.

Reconhecendo a importância da existência dessa rede no processo de recuperação e reinserção social do usuário de droga e do possível papel dos CAPS AD como articuladores destes dispositivos de atenção, questiona-se: Como tem se processado a dinâmica de

funcionamento dos CAPS AD no município de Fortaleza – Ceará? De que modo esses serviços vêm se articulando aos demais que lidam com a população usuária de droga? Em que consistem as práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais dos CAPS AD?

A importância de focalizar este estudo nesse serviço e nas práticas desenvolvidas pelos profissionais nele atuantes permitiu saber de que forma essas instituições estão se integrando às outras que lidam com o usuário de álcool e outras drogas, visualizando também o modo como os profissionais atuam junto a essas pessoas e se agem de forma a proporcionar-lhes reabilitação e reinserção social.

Sendo assim, ao ser feito um paralelo entre as práticas desenvolvidas nesses novos serviços e os preceitos de integralidade da assistência, intersetorialidade, reabilitação e reinserção social presentes nas políticas atuais sobre álcool e outras drogas, pôde-se perceber e discutir acerca de alguns progressos e impasses obtidos pelo sistema de saúde vigente, o que possibilitou reflexões para a busca de aperfeiçoamentos e soluções de impasses.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os CAPS AD enquanto dispositivos assistenciais voltados à população usuária de álcool e outras drogas, tendo como base os preceitos das atuais políticas públicas sobre drogas.

2.2 Específicos

- Caracterizar os CAPS AD quanto à estrutura física, recursos materiais e humanos.
- Identificar as ações e práticas desenvolvidas pelos profissionais desses serviços na atenção à população usuária de álcool e outras drogas.
- Discutir as ações e práticas desenvolvidas pelos profissionais com base nos preceitos propostos pelas atuais políticas públicas sobre drogas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Ao se explorar a temática em estudo pretendeu-se abordar a questão do uso de drogas na saúde pública, mostrando sua repercussão na dinâmica da sociedade atual, de modo a sensibilizar os profissionais de saúde para os problemas advindos do fenômeno do abuso e dependência e como os novos paradigmas de atenção em saúde podem contribuir no manejo dessa problemática.

Também foi essencial refletir acerca das políticas públicas brasileiras que englobam questões relativas ao uso, abuso e dependência de drogas lícitas e ilícitas, bem como aspectos pertinentes à assistência ao usuário de droga. Dessa forma, foi discutido acerca da constituição dessas políticas até os dias atuais e como elas têm possibilitado as atuações sobre a problemática das drogas na sociedade brasileira.

Após essa explanação, fez-se importante uma outra discussão sobre os diversos serviços e atendimentos que passaram a ser ofertados ao usuário de droga após o movimento brasileiro de Reforma Psiquiátrica. Sendo conveniente enfatizar os princípios de integralidade da assistência e intersetorialidade como ferramentas necessárias para a formação de redes de atenção e apoio ao usuário de álcool e outras drogas.

3.1 O uso de droga e a saúde pública

Crives e Dimenstein (2003) comentam que o uso de substâncias psicoativas é uma prática milenar e universal. Em diversas culturas, sociedades e épocas o homem as consumiu com diversos fins, fossem eles religiosos ou terapêuticos, no entanto, isso não se constituiu, na maioria das vezes, um problema ou motivo para alarmes sociais, sendo esse consumo entendido como uma manifestação cultural humana.

O vinho e a cerveja já eram usados por volta de 6.400 anos a.C. e algumas substâncias alucinógenas, como a mesalina, eram utilizadas como parte de cerimônias religiosas e em reuniões sociais por nativos norte-americanos há 7.000 anos. Entretanto, nas últimas décadas, indicadores apontam que esse consumo tomou dimensões preocupantes, sendo causa de graves consequências, principalmente para os jovens e adultos jovens, vítimas

constantes de mortes por causas diversas devidas ao consumo abusivo dessas substâncias. (TOWNSEND, 2002; CRIVES; DIMENSTEIN, 2003).

Luis e Lunetta (2005) descrevem em seu artigo os dados contidos nos relatórios de organizações internacionais, onde foi estimado que mais de 20 milhões de pessoas consumiriam alguma droga ilícita entre 2000 e 2001 (3,4% da população global). Nos países desenvolvidos, o álcool se sobressaiu como o terceiro fator de risco para morbi-mortalidade, sendo responsável por 9,2% do DALYs (Anos de Vida Perdidos ou Incapacitados), as drogas ilícitas apareceram em oitavo lugar, com 1,8% do DALYs. Nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, apenas o álcool, dentre as substâncias psicoativas, surgiu como principal fator de risco, com 6,2% do DAYLs.

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem trazendo dados que continuam retratando a gravidade do problema do uso abusivo de drogas¹. Segundo a OMS, cerca de 10% das populações dos centros urbanos mundiais consomem, de forma abusiva, diversas substâncias psicoativas, independente da idade, sexo, nível de instrução e classe socioeconômica. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, esta realidade encontra equivalência em território brasileiro. (BRASIL, 2003).

O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil apontou que as drogas lícitas eram as mais consumidas, sendo identificado em 2001, que da população estudada, 68,7% dos entrevistados já tinham feito algum uso de álcool durante a vida. A estimativa de dependentes de álcool em 2001 girou em torno de 11,2%. Quanto ao uso na vida de tabaco², a porcentagem encontrada foi de 41,1%, tendo 9% dos entrevistados preenchido critérios para diagnóstico positivo para dependência. Em relação ao uso na vida de drogas diferentes do álcool e tabaco, os dados da pesquisa apontaram para 19,4% da população entrevistada, (CARLINI *et al.*, 2002).

Nesse primeiro levantamento foi observado que a prevalência mais alta de dependentes de álcool encontrava-se nas regiões Norte e Nordeste, com porcentagens acima dos 16%. O fato mais preocupante se deveu às evidências de que no Brasil, 5,2% dos adolescentes (12 a 17 anos de idade) eram dependentes do álcool. No Norte e Nordeste essa porcentagem ficou próxima dos 9%, (GALDURÓZ; CAETANO, 2004).

¹ Consoante Townsend (2002) o uso abusivo de drogas ocorre quando o indivíduo usa repetidamente uma droga, apesar de saber do problema social, de trabalho ou de saúde gerado por esse tipo de consumo.

² Segundo a OMS (2003) o uso na vida é referente ao uso de droga feito em pelo menos uma vez na vida.

O II Levantamento, realizado em 2005, mostra um aumento relevante dos números obtidos no estudo anterior, sendo que o uso na vida de álcool e tabaco foi de 74,6% e 44,0%, respectivamente. As estimativas de dependência para essas substâncias foram de 12,3% para o álcool e 10,1% para o tabaco, sendo que só nas regiões Norte e Nordeste as estimativas para a dependência de álcool atingiram quase 14%, entretanto, com relação à dependência de tabaco, a menor estimativa foi observada no Nordeste, que apresentou uma porcentagem de 8,3%. Quanto ao uso na vida de outras drogas, o estudo apontou para 22,8% da população entrevistada. (CARLINI *et al.*, 2006). É importante destacar que a prevalência de uso na vida de álcool é três vezes maior que a de outras drogas e o uso de tabaco é o dobro do uso dos diversos outros tipos de droga.

Outros estudos relevantes realizados em cenário brasileiro pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas (CEBRID), em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), foram os Levantamentos Nacionais sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio, realizados em 1987, 1989, 1993 e 1997, envolvendo 10 capitais brasileiras, contudo o último, ocorrido em 2004, expandiu a amostra para 27 capitais brasileiras.

Conforme o levantamento escolar de 2004, o uso na vida de álcool no Brasil foi de 65,2%, evidenciando que na faixa etária de 10 a 12 anos, 41,2% dos estudantes já tinham feito uso na vida de álcool. O uso frequente³ de álcool foi de 11,7% e o uso pesado⁴ foi de 6,7%, dados alarmantes quanto à frequência elevada de consumo. O uso na vida de tabaco correspondeu a 24,9% dos estudantes pesquisados. O total estimado de estudantes da rede estadual de ensino no Brasil com uso na vida de drogas, excetuando-se álcool e tabaco, foi de 22,6%. As drogas mais utilizadas pelos estudantes, pela ordem, foram: solventes, maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e anticolinérgicos. (GALDURÓZ *et al.*, 2004).

Além dos levantamentos escolares, houve, nos anos de 1987, 1989, 1993, 1997 e 2003, os Levantamentos Nacionais sobre o Consumo de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua. O último deles, realizado em 2003, foi o primeiro a abranger as 27 capitais brasileiras e mostrou que as drogas usadas diariamente por essa população eram o tabaco, o solvente e a maconha.

³ Segundo a OMS (2003) o uso frequente de droga é aquele que ocorre seis ou mais vezes nos últimos 30 dias.

⁴ Ainda de acordo com a OMS (2003) o uso pesado de droga é o uso diário durante o último mês.

Nesse estudo o consumo diário de bebida alcoólica foi mencionado por 3%, mas 43% dos entrevistados haviam consumido pelo menos uma vez no mês que antecedeu a pesquisa. Um fato interessante, percebido através desse estudo, foi que o consumo de medicamentos psicotrópicos estava maior na região Nordeste, mas em cidades como São Paulo e Porto Alegre o uso, que era elevado na década de 1980, praticamente desapareceu nos anos de 1990, assim permanecendo em 2003. (NOTO *et al.*, 2004).

Segundo os dados divulgados pelo *Department of Health and Human Service* dos Estados Unidos (2008) acerca do Levantamento Nacional sobre o Abuso de Drogas realizado em 2007, foi visto que mais da metade dos americanos com idade entre 12 anos ou mais fizeram uso de álcool pelo menos uma vez no mês que antecedeu a pesquisa, o que traduziu uma estimativa de 126,8 milhões de pessoas. Foi observado também que 23,3% de americanos inseridos nessa mesma faixa etária participaram de bebedeiras um mês antes da realização do estudo, o que correspondeu a um total de 57,8 milhões de pessoas. Evidenciou-se também que o uso pesado de bebidas alcoólicas foi mencionado por 6,9% dessa população, ou seja, 17 milhões de pessoas apresentavam esse padrão de consumo.

Ainda de acordo com o referido levantamento, 19,9 milhões de americanos com idade de 12 anos ou mais usaram droga ilícita pelo menos uma vez no mês antecedente ao estudo, o que representa 8% da população situada nessa faixa etária. É importante destacar que, assim como mostrado nos levantamentos brasileiros, o uso de drogas lícitas é maior do que o consumo de drogas ilícitas nos Estados Unidos.

Gelder, Mayou e Geddes (2002) relatam que no Reino Unido, através de algumas evidências, pode-se estimar que pelo menos 25% das crianças em idade escolar já usaram substâncias ilícitas de solventes em pelo menos uma ocasião, e que na maior parte dos países desenvolvidos, a extensão do uso de drogas parece estar crescendo.

Esses dados respaldam o motivo pelo qual o uso de drogas lícitas e ilícitas está colocado, atualmente, como importante problema de saúde pública mundial, merecendo uma maior atenção por parte das autoridades governamentais, a fim de se pensar em intervenções que se reportem à promoção da saúde dos usuários e não usuários, prevenção do consumo, tratamento da dependência, reabilitação e reinserção social dos dependentes químicos.

Um fato importante e que enaltece a gravidade do problema é que a mídia vem dando um tratamento diferenciado às drogas lícitas e ilícitas. No caso do álcool, apesar de ser divulgado constantemente os acidentes automobilísticos que ocorrem por conta de pessoas alcoolizadas indevidamente ao volante, muitos comerciais ainda propagam o uso dessa substância como algo bom, que deve sempre estar presente em situações onde existam

motivos para comemorações. O comentário, “beba com moderação”, aparece sutilmente ao final das propagandas. Já as substâncias como o *crack*, a cocaína e a maconha são alvo de forte repressão, costumando ser bastante enfatizadas quando se fala na violência e nas mortes advindas pelo uso de drogas.

Esse é um aspecto relevante, pois as drogas lícitas, apesar de permitidas, causam danos iguais ou maiores aos das drogas ilícitas. No entanto, não se percebe o preconceito da imprensa e da sociedade brasileira relacionado a essas substâncias, ao contrário, a sociedade tem sido incentivada a consumir, principalmente o álcool. Mesmo que atualmente haja um certo controle, exigido pelas esferas governamentais, relacionado à propaganda e à acessibilidade para crianças e adolescentes no que diz respeito ao consumo de álcool, a imprensa escrita e falada continua se reportando às drogas ilícitas como as principais causadoras de danos nocivos à população brasileira.

Em um estudo realizado por Noto *et al.* (2003) observou-se que as drogas mais presentes nas manchetes de jornais brasileiros escritos foram o tabaco (18,1%), os derivados da coca (9,2%), a maconha (9,2%) e o álcool (8,6%), todavia, quando os autores levaram em conta a prevalência do uso de drogas na população, constataram que o quadro era diferente. O álcool representava a substância psicoativa mais consumida pelos brasileiros e o responsável pelos maiores índices de problemas decorrentes do seu uso, fato que justificaria sua primeira colocação no quesito de substâncias mais criticadas pela imprensa e não o contrário (CARLINI *et al.*, 2002).

O que mais chama a atenção quando se estuda a temática pertinente ao uso de drogas na atualidade é que, dependendo da substância analisada, pode-se encontrar a prevalência de populações específicas, no caso, os adolescentes são os que mais estão envolvidos na dependência às drogas ilícitas. Entretanto, quando se foca na dependência de álcool, verifica-se a predominância de adultos jovens e idosos. No entanto, o uso abusivo de qualquer substância psicoativa repercute negativamente na vida de qualquer pessoa. Há relatos de que o suicídio apresenta uma estreita relação com o abuso de álcool e de outras drogas, principalmente durante o período da adolescência. (GELDER; MAYOU; GEDDES, 2002).

Kessler *et al.* (2003) afirmam, em seu artigo, que o *Methodos for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorder* (MECA) encontrou um risco 20 vezes maior de haver algum Transtorno de Conduta, incluindo personalidade antissocial e transtorno opositivo desafiante, entre os adolescentes com abuso ou dependência atual de maconha ou outra droga ilícita.

Outra pesquisa de Noto *et al.* (2002) aponta dados sobre internações hospitalares por dependência de drogas no Brasil. Os autores obtiveram dados junto a hospitais e clínicas psiquiátricas de todo o Brasil, no período de 1988 a 1999. O álcool foi responsável por cerca de 90% de todas as internações hospitalares por dependência, variando de 95,3%, em 1988 – o que equivale, em números absolutos, a 62.242 internações, contra 4,7% (3.062) de todos os outros diagnósticos de internações por substâncias psicoativas – a 8,4% em 1999. Todavia, é conveniente afirmar que a queda das internações por alcoolismo, no fim da década de 1990, pode apenas refletir uma ênfase, cada vez maior, no tratamento ambulatorial. Entretanto, o Brasil não dispõe de estatísticas ambulatoriais. (GALDURÓZ; CAETANO, 2004).

Diante do exposto, tem-se a consciência de que o abuso e a dependência de drogas tem constituído uma demanda mundial, em virtude disso, considera-se que medidas de promoção da saúde e prevenção de agravos constituam ações básicas capazes de avançar diante dessa problemática.

Com o advento dos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica, e a construção de novos paradigmas de saúde, passou-se a perceber que o problema não poderia ser resolvido apenas com ações repressivas e com a interferência de autoridades governamentais na elaboração de políticas sociais, pois o fenômeno do consumo de drogas se relaciona com uma série de fatores que dizem respeito ao sistema econômico vigente, à educação, à cultura, aos serviços de saúde disponibilizados às populações, dentre outros. Para tanto, a articulação de diversos setores, governamentais ou não, de uma sociedade, o trabalho interdisciplinar dos diversos profissionais e técnicos, e a participação da comunidade direta ou indiretamente envolvida com essa questão, tornam-se imprescindíveis para haver resolubilidade do problema. (PRECÓPIO, 1999; FIORE, 2005; MACHADO; MIRANDA, 2007).

O antigo paradigma, pautado no Modelo Médico ou da Doença, ao visualizar a dependência de álcool e outras drogas como doença crônica, progressiva e determinada biologicamente, centrava seu foco somente em um dos fatores relacionados a essa questão, percebendo o usuário como um doente, que tem como único tratamento possível a abstinência, ou seja, o fenômeno de ausência total do uso de uma dada substância psicoativa. (REZENDE, 2000; PILLON; LUIS, 2004).

Isso acabava por ocasionar lacunas na assistência prestada a essa população, que durante muitos anos ficou isolada do seu convívio social a fim de que pudesse ser tratada em espaços específicos para o alcance da ‘cura’ desejada, embasada no princípio da abstinência total e permanente. Esse tipo de ‘cura’, na maioria das vezes, não era conseguido, pois muitos usuários de droga, além de introduzirem a droga nesses espaços para dar continuidade ao seu

consumo, ao retornarem ao seu ambiente social de convivência, começavam a ter padrões de consumo tão frequentes quanto tinham antes de serem submetidos a essa terapêutica. (REZENDE, 2000).

O Paradigma de Promoção da Saúde, que surgiu no fim da década de 1980, representa um embasamento teórico valioso para o planejamento de intervenções transformadoras sobre a problemática das drogas, uma vez que este visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar a devida capacitação para os membros das comunidades, a fim de permitir que todas as pessoas realizem completamente seu potencial de saúde. Para que isso ocorra, deve ser enfatizado o conhecimento e o controle dos fatores determinantes da saúde por parte do indivíduo e da comunidade. Os principais elementos capacitantes para isso são: ambientes favoráveis, acesso à informação, habilidades para se viver melhor, bem como oportunidades para fazer escolhas saudáveis. (BUSS, 2003).

Para se trabalhar atualmente com os aspectos pertinentes à prevenção do consumo abusivo de substâncias psicoativas, tratamento, reabilitação psicossocial e reinserção social do usuário de droga, torna-se necessário que os profissionais de saúde se articulem aos profissionais de outros setores e, mais especificamente, às pessoas da comunidade onde habita o consumidor de droga, sejam elas agentes comunitários de saúde, líderes comunitários, membros de um grupo de autoajuda da região, representantes da Igreja, o próprio usuário de droga, familiares ou colegas do usuário ou, simplesmente, moradores locais que convivem cotidianamente com diversos tipos de problemáticas.

As intervenções pautadas nesse novo paradigma entram em concordância com os postulados do Modelo Sistêmico, explicativo do fenômeno das drogas, que afirmam estarem os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas situados na interação do indivíduo com o seu meio, existindo, portanto, uma interação dinâmica entre variáveis individuais, ambientais e a substância química. (SILVEIRA FILHO; GORGULHO, 1996). Esse modelo é considerado pelos referidos autores dentro dos limites dos conhecimentos disponíveis até o momento, suficientemente abrangentes para dar conta da complexidade do fenômeno das drogas.

A prática profissional voltada à assistência ao usuário de droga, ao se embasar nos preceitos da promoção da saúde, exige uma reflexão acerca de meios necessários para haver integração entre o conhecimento científico dos profissionais com o saber inerente aos sujeitos alvo da assistência, assim, a construção de um conhecimento compartilhado será processada e todos poderão ser autônomos no trabalho com a promoção de sua saúde e qualidade de vida,

sendo privilegiados por ter um acesso adequado às informações necessárias para optar por escolhas saudáveis.

Essas afirmações corroboram com o que ficou estabelecido pela Carta de Ottawa (1986), que enfatiza a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais como três dos cinco campos centrais para a atuação no processo de promoção da saúde. (BRASIL, 2001a).

Em virtude disso, acredita-se que a prática profissional destinada a intervir sobre o abuso e a dependência de drogas, focalizando o Paradigma da Promoção da Saúde, constitui uma alternativa relevante e pode ser adequadamente desenvolvida ao se embasar na integralidade dos referidos campos explicitados pela Carta de Ottawa, desde que haja empenho político e esforço por parte dos profissionais da saúde e das sociedades locais para atuar nessa perspectiva.

Deve-se deixar explícito, no entanto, que o Paradigma de Promoção da Saúde foi mencionado por ser um dos referenciais teóricos atuais passível de ser usado para a criação de estratégias destinadas a intervir sobre a problemática das drogas. Partindo do princípio de que a visão de saúde existente nesse paradigma é dinâmica e considera vários aspectos capazes de interferir na qualidade de vida de um sujeito, pode-se concluir que ele constitui uma ferramenta útil para a construção de um saber-fazer eficaz, já que se trata de uma problemática que envolve aspectos abrangentes e complexos, impossíveis de serem focalizados dentro de uma visão linear e limitada.

Além desse paradigma, é conveniente ressaltar que o Paradigma de Atenção Psicossocial, advindo do movimento de Reforma Psiquiátrica, tem contribuído na construção de um alicerce importante de uma prática inovadora voltada à demanda de álcool e outras drogas, pois, de acordo com Silva e Tavares (2003), trata-se de um paradigma permeado por conhecimentos diferentes, implicando em vários referenciais de atendimento, não apenas no que concerne à ação técnica, mas à intervenção no sentido de desconstrução de valores, saberes e poderes, envolvendo uma ampla diversidade de atores sociais e setores, possibilitando o estabelecimento de uma nova relação com as questões relacionadas ao sofrimento psíquico e transtornos mentais.

O modo de atuar dentro dos preceitos do referido paradigma pressupõe uma resignificação dos papéis das diferentes categorias profissionais, criticando a compartimentalização do saber em especialidades fechadas, incentivando com isso a atuação interdisciplinar que contribui para a prestação de uma assistência ampla voltada para os problemas que emergem da problemática do consumo de drogas.

3.2 Políticas públicas brasileiras sobre drogas: reflexão necessária

A Carta de Ottawa (1986) deixa explícito que a criação de políticas públicas saudáveis é um importante campo de ação para o processo de promoção da saúde. Tais políticas vêm a se materializar através de diversas ferramentas legais, sejam elas legislações, portarias, medidas fiscais, taxações, dentre outras, e por ações intersetoriais específicas capazes de garantir qualidade de vida à população, seja através da promoção de ambientes saudáveis ou do incentivo à participação comunitária em questões que afetam a vida dos membros das comunidades. (BRASIL, 2001a).

A perspectiva do estabelecimento de políticas públicas saudáveis no mundo e, especialmente, no cenário brasileiro, constitui uma iniciativa complexa, uma vez que isso inclui o trabalho com o conceito atual de saúde e de Estado enquanto agente capaz de interferir na dinâmica da sociedade. A nova concepção de saúde se constrói dentro de uma visão positiva, que traz elementos como a qualidade de vida e o bem-estar como seus integrantes, e não apenas a ausência de enfermidades.

Sendo assim, a saúde deixa de ter um caráter estático centrado no biologicismo para assumir seu dinamismo, baseando-se em aspectos socialmente determinados. Portanto, as intervenções não se focam apenas sobre a prevenção de doenças, mas na melhoria dos padrões de vida, o que proporciona o delineamento e a implementação de ações intersetoriais sobre os determinantes do processo saúde-doença, sendo este o fundamento das políticas públicas saudáveis. (AERTS *et al.*, 2004).

Diante do consumo abusivo de drogas psicoativas e da consequente instalação da dependência de drogas, diferentes países, dentre eles o Brasil, passaram a estabelecer políticas que enfocam o fenômeno do consumo de drogas como um campo merecedor de atenção específica, por conta dos prejuízos significativos que ele vem trazendo para as diversas sociedades.

Conforme Mesquita (2008), as primeiras iniciativas brasileiras para a construção de uma política nacional sobre drogas, que não fossem pautadas exclusivamente na repressão do uso e da circulação das substâncias, começaram a ser pensadas e executadas em 1998, no governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso, influenciadas pela 20ª Assembleia Geral da ONU, onde foi convocada uma sessão especial para tratar o tema drogas no mundo. Como consequência desta sessão, todos os países que compunham a ONU concordaram com a

importância de, entre outras medidas nas áreas de drogas, que os países tivessem, cada qual, sua política nacional sobre drogas.

Assim sendo, o Brasil assumiu o compromisso de formular uma política voltada especificamente para esse assunto. A partir de então, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), atualmente conhecida como Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, que teve como primeira meta a realização de um fórum nacional para que a sociedade pudesse proporcionar contribuições para a política de drogas. (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Cavalcante (2008), comentando dados provenientes de relatórios do Ministério da Justiça, afirma que a Política Nacional Antidrogas constituiu o produto final do I Fórum Nacional Antidrogas realizado em 1998 no Brasil. Este fórum fez referências à necessidade da criação de estabelecimentos hospitalares e ambulatoriais públicos destinados ao tratamento de quadros graves decorrentes do uso de droga. Dessa forma, os ambulatórios, as unidades de semi-internação e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) foram enfatizados como serviços de saúde essenciais para o atendimento da população usuária de droga.

A Política Nacional Antidrogas foi homologada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso em 2001, voltando-se principalmente para atividades repressivas e proibitivas relacionadas ao uso e circulação das drogas no território nacional, considerando a internação como um dos procedimentos mais eficazes, além de não mostrar nenhuma articulação concreta com o setor público de saúde.

Essa política, sob o ponto de vista geopolítico, alinha-se aos preceitos da política proibicionista dos Estados Unidos, no entanto, estudos feitos pelo governo americano mostraram que é mais vantajoso se investir em programas de prevenção do uso de drogas e de tratamento aos usuários de droga do que na repressão interna e externa. (ZALUAR, 2004).

É importante mencionar que a Política Antidrogas avança no sentido de trazer um capítulo sobre a redução dos danos sociais e à saúde ocasionados pelo consumo indevido de drogas, embora esse capítulo seja sutil e centre suas colocações em aspectos pertinentes à prevenção, que não tragam prejuízos à redução da demanda, tendo vagas menções ao incentivo de estratégias para a promoção da saúde e para o bem-estar do usuário de droga. (BRASIL, 2001b).

Em virtude disso, concordo com a afirmação de Garcia; Leal e Abreu (2008), quando afirmam que a primeira política brasileira sobre drogas teve como bandeira de luta 'a droga', tirando 'a pessoa humana' do centro das discussões. Somente com a entrada do governo do presidente Luís Inácio Lula da Silva, se começou a pensar em reformulações no

documento, procurando embasá-lo em uma proposta mais participativa e menos centrada em ações repressivas. Em 2004, a SENAD iniciou um processo efetivo de debate sobre a Política Nacional Antidrogas com o envolvimento de toda uma comunidade científica e de segmentos da sociedade civil, o que resultou na construção da Política Nacional sobre Drogas. (CAVALCANTE, 2008).

Consoante Olinger (2008), a nova política brasileira sobre drogas traz avanços menos conservadores em relação a sua antecessora, apesar de serem semelhantes em alguns aspectos. Um dos avanços é observado logo no primeiro pressuposto, que faz menção a uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas ao invés de livre, como foi colocado no documento antecessor.

Isso é considerado um progresso pelo autora, pois há uma intenção de aproximar a política da realidade, uma vez que é impossível reconstruir um mundo isento de drogas, pois essas substâncias sempre existiram e continuarão existindo. Devido a isso, o que foi colocado e o que ainda está em questão é o modo inadequado de consumo que passou a haver no mundo contemporâneo. Logo, os pressupostos de qualquer política sobre drogas devem considerar primordialmente essa questão.

Esse documento também deu ênfase à garantia de tratamento ao usuário de droga e não apenas ao reconhecimento de sua necessidade. Assim como na política anterior, a atual prioriza ações de prevenção, ressaltando que estas têm maior efetividade e um menor custo do que aquelas de caráter repressivo; a política ainda avança no que diz respeito à redução de danos enquanto estratégia preventiva de agravos sociais e à saúde, incentivando discussões e intervenções sobre a problemática das drogas lícitas, que vêm trazendo danos significativos para a sociedade, considerados, muitas vezes, maiores do que os ocasionados pelas drogas ilícitas. (BRASIL, 2005a).

A atual política é menos subjetiva em alguns aspectos, fazendo uso de uma abordagem mais positivista, ressaltando sempre a necessidade da comprovação de efetividade de programas e ações através de pesquisas científicas. Dessa forma, diversos estudos vêm sendo feitos para se constatar a eficácia das ações propostas por esse documento. Dentre as pesquisas realizadas, encontram-se aquelas que fazem menção ao desenvolvimento de programas de prevenção ao uso indevido de drogas, incentivadores de estratégias de redução de danos.

Estudos como esses apontam que o desenvolvimento de projetos que têm como perspectiva o trabalho com a prevenção do consumo de substâncias psicoativas são ideais para o estímulo de reflexões críticas, contribuindo para a desmistificação da problemática do uso

de droga e auxiliando em tomadas de decisões conscientes e sadias, embora, infelizmente, da década de 1990 até o início do século XXI, tenham sido evidenciadas poucas pesquisas referindo-se a projetos dessa natureza. (CANOLETTI; SOARES, 2005).

O ambiente escolar está deixando de ser ressaltado como espaço exclusivo para o repasse de informações científicas acerca do fenômeno das drogas, passando a ser um local capaz de abrir portas para uma abordagem integral e intersetorial da referida problemática, haja vista que existem possibilidades de articulações da escola com os serviços de saúde da comunidade, universidades e organizações não governamentais, vislumbrando atender e buscar soluções inovadoras e humanizadas para o problema. Sendo assim, os recursos da escola e da comunidade à qual ela se insere, passariam a ser usados de modo integrado e dinâmico, a fim de proporcionar trabalhos eficientes e resolutivos. (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006).

Por fim, o documento se reporta à articulação e integração em rede nacional de intervenções voltadas para as questões que envolvem abuso e dependência química. A Política Nacional sobre Drogas (2005) prevê que as ações que visem tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional sejam desenvolvidas respeitando o princípio da integralidade proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), dando ênfase à responsabilidade desse Sistema e à necessidade de ampliação e adequação da rede de serviços para a execução dessas intervenções.

Nascimento (2006) faz uma crítica às duas políticas comentadas, afirmando que a primeira enfatizou ações de cunho repressivo e punitivo, sendo, portanto, uma política de combate às drogas orientada por uma filosofia que tratava o usuário como criminoso. A atual Política Nacional sobre Drogas (2005), apesar de ter avançado em alguns aspectos, norteou-se na patologização dos usuários, voltando seu olhar para um modelo de intervenção que enfatiza o tratamento.

Corroboro com a afirmação de Nascimento (2006), pois como dito anteriormente, a Política Nacional sobre Drogas de 2005 é um realinhamento da Política Antidrogas de 2001 e sua característica mais marcante é a ênfase dada na garantia ao tratamento dos usuários, e não apenas no reconhecimento do direito ao tratamento, como explicitado na política anterior. Todavia, esse aspecto provoca uma reflexão acerca do processo de patologização do usuário de droga, que outrora visto como criminoso, passa a ser visto como um sujeito portador de uma condição que merece assistência em serviços específicos. É válido ressaltar que a Política de 2005 não diferencia o usuário, a pessoa em uso indevido e o dependente, somente os afasta daquele que se encontra na condição de traficante. (BRASIL, 2005a).

O Brasil, no início do século XXI, passa a dispor também da Política Ministerial de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. O processo de formulação desse documento iniciou-se em 2001, no Governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, e se estendeu até o ano de 2004, no Governo do Presidente Lula. Consoante Machado (2006), nesse espaço de tempo, foram criadas condições políticas favoráveis à inclusão da abordagem do uso prejudicial e da dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública.

Algumas dessas condições podem aqui ser mencionadas, tais como a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que colocou como necessária a definição de uma política a ser adotada pelo setor saúde na área de álcool e outras drogas, e a criação da Portaria GM 843 de 2001, que decidiu incluir nas áreas de atuação da Secretaria de Assistência à Saúde (SAS), a área técnica de Assistência aos Portadores de Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas e instituir no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, o Grupo Técnico de Assessoramento na área de Assistência aos Portadores de Transtornos Decorrentes do Uso de Álcool e outras Drogas. (MACHADO, 2006).

Além disso, a realização, em agosto de 2001, do Seminário Nacional sobre o Atendimento dos Usuários de Álcool e outras Drogas na rede SUS, deu origem a um relatório final que recomendou a inclusão da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no SUS. Conforme Machado (2006), as condições efetivas para essa inclusão foram criadas, no ano de 2002, por meio da publicação de portarias ministeriais que normatizaram alguns serviços de atenção à clientela usuária de álcool e outras drogas, e criaram mecanismos de financiamento para essa atenção no SUS, e, no ano de 2003, por meio da elaboração da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, cuja primeira versão foi publicada no mês de março, no início do Governo Lula.

Essa política representou a primeira iniciativa do Ministério da Saúde em priorizar a assistência do consumidor de drogas, começando a ser implementada em 2004 e se detendo em dois pontos necessários para ofertar ao usuário de droga um atendimento adequado, sendo eles: intersetorialidade e integralidade de ações, que também são destacados pela Política Nacional sobre Drogas de 2005.

Consoante Buss (2000) o diálogo intersetorial representa uma tarefa difícil, pois é preciso considerar e respeitar a opinião de várias partes envolvidas em uma questão a fim de se construir soluções para seus pontos-chave, entretanto não é impossível e pode ser uma importante estratégia de reconstrução da esfera pública.

Apesar disso, sabe-se que a intersetorialidade tem encontrado dificuldades para se concretizar na prática. Por exemplo, sabe-se que a venda de drogas lícitas para jovens deveria ser controlada pelas esferas governamentais em parceria com a sociedade civil, no entanto, isso não é evidenciado cotidianamente, uma vez que se percebe o consumo de álcool e tabaco crescendo entre os adolescentes e que estes continuam sendo alvos de danos graves ocasionados pelo abuso de drogas lícitas, como é o caso dos acidentes de trânsito.

É evidente que não se pode deixar de levar em consideração aspectos educacionais, culturais e sociais que incidem sobre o problema, mas é preciso que se efetivem as sugestões de práticas encontradas no papel para que haja um avanço além do discurso.

A Política Ministerial de Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas aponta que a articulação dos diversos setores da sociedade é essencial para se prestar uma assistência integral ao usuário de álcool e outras drogas, uma vez que esse problema perpassa pelas áreas da saúde, da justiça, da educação, dentre outras. Sendo assim, para que se obtenha a integralidade das ações entre as diferentes instâncias governamentais é necessária a inserção de ações integrais nos mecanismos implementados pelo Sistema Único de Saúde em todas as esferas do governo, bem como a formulação de alternativas de sustentabilidade e de financiamento destas ações e no repasse das experiências relativas às iniciativas de descentralização de atividades. (BRASIL, 2003).

Consegue-se perceber, desse modo, como é importante a formulação de uma política de assistência sobre os princípios da descentralização e autonomia, a fim de que cada nível de governo possa estar definindo seus papéis nas práticas de vigilância, tratamento, prevenção, redução de danos e repressão.

No entanto, a ideia de controle social, ao se fazer presente nesse documento, contribui também para que haja incentivo à participação de consumidores de drogas na formulação de políticas locais, acarretando ganhos no planejamento e na execução de medidas que tenham como alvo a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, o que repercute positivamente na melhoria dos indicadores de saúde das instâncias estaduais e municipais. (BRASIL, 2003).

O documento comentado preconiza ainda que as verbas repassadas da esfera federal para as estaduais e locais sejam investidas nos serviços substitutivos do hospital psiquiátrico, como os CAPS. A política ressalta inclusive que esses serviços mudaram consideravelmente o modo de assistir a população usuária de droga ou portadora de algum problema psíquico decorrente do uso de substância psicoativa. Reconhecendo a importância dos CAPS AD, o presidente Lula, ao promulgar a Lei nº11.343/06, determina a

responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a questão álcool e outras drogas, enfatizando o papel desses espaços como promotores de atividades de tratamento, recuperação e reinserção social.

Conforme o Relatório de Gestão do Ministério da Saúde, que expôs a situação da assistência à saúde mental brasileira entre os anos de 2003 a 2006, o Brasil dispunha, até 2006, de 160 CAPS AD funcionantes, com 138 cadastrados. Isso era mais que o dobro de CAPS AD existentes em 2003. O relatório ainda traz a informação de que o milésimo CAPS implantado no país foi um AD, o que provou mais uma vez que o SUS vem considerando a questão do álcool e outras drogas como um importante problema de saúde pública, merecedor de atenção específica para continuar sendo devidamente enfrentado. (BRASIL, 2007a).

É conveniente mencionar que tanto a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas (2003), como a Política Nacional sobre Drogas (2005), deixam clara a importância dos CAPS AD como articuladores dos demais serviços de saúde e de outros elementos não pertencentes ao setor saúde, que podem contribuir de algum modo para a prevenção do uso de droga, tratamento, reabilitação e reinserção social do usuário e daqueles que o cercam, ou seja, sua família e os membros de sua comunidade.

Nessa perspectiva, conclui-se que as políticas atuais sobre drogas corroboram com os preceitos de desospitalização e desinstitucionalização estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Mental, que se volta para a inversão do modelo hospitalocêntrico e, conseqüentemente, para a relevância de se estar cuidando do sujeito dentro do seu ambiente natural de convívio, utilizando os recursos proporcionados não só pelos novos serviços de saúde e saúde mental, mas também pelos diversos outros disponíveis na comunidade à qual o usuário pertence.

Tomando por base o que foi comentado e discutido sobre as políticas públicas brasileiras sobre drogas, é necessário que se aprofundem as discussões sobre a nova assistência prestada ao cliente usuário de droga, a qual foi embasada por preceitos do movimento de Reforma Psiquiátrica, especialmente aqueles que se reportam à desospitalização e desinstitucionalização do usuário. Isso possibilitará a compreensão de como veio acontecendo a reorientação dos novos serviços de atenção a essa população, permitindo a visualização e reflexão acerca dos avanços e impasses obtidos nessa assistência até então.

3.3 Novos serviços de atenção ao usuário de droga: contexto brasileiro

O movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil constituiu um marco importante para a reorientação dos serviços de saúde mental, dentre eles os que atendem à demanda de álcool e outras drogas. Sabe-se que até o movimento ser constituído, no final da década de 1970, a assistência prestada aos portadores de transtornos psíquicos era totalmente embasada em um modelo hospitalocêntrico, que tinha como traço principal a exclusão social e o consequente desrespeito à cidadania do indivíduo rotulado de ‘louco’ ou ‘doente mental’.

Amarante (1995) relata que na década de 1980 ocorreram algumas discussões que impulsionaram a Reforma Psiquiátrica brasileira, como as promovidas pelo II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, pela VIII Conferência Nacional de Saúde e pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental, que contribuíram para a construção de um novo projeto de saúde mental para o país.

Devido a esses encontros, começou-se a perceber a importância de se construir uma rede comunitária de atenção em saúde mental, que fosse capaz de prestar cuidados integrais aos usuários dos hospitais psiquiátricos sem precisar segregá-los de seu convívio social, garantindo-lhes o devido respeito a sua cidadania através da oferta de uma assistência humanizada. Até que em 1990, com o surgimento da Declaração de Caracas, o Brasil e os demais países das Américas, assumem a responsabilidade de ajustarem suas legislações, objetivando assegurar os direitos humanos dos portadores de transtornos mentais, promovendo a organização dos serviços comunitários de saúde mental. (BRASIL, 2004a).

Os acontecimentos até aqui mencionados contribuíram para que em 2001 fosse homologada no Brasil a Lei 10.216/01, que vem definir a Política Nacional de Saúde Mental dentro de uma lógica antimanicomial e não hospitalocêntrica, o que repercutiu diretamente na criação dos novos serviços de saúde mental ou serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2004a). A partir daí, começam a surgir, no cenário brasileiro, espaços voltados para o tratamento, reabilitação psicossocial e reinserção social dos sujeitos que outrora eram destinados aos hospitais psiquiátricos, dentre eles os que apresentavam problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas.

Alguns serviços como os CAPS e os hospitais-dia, considerados estruturas intermediárias entre a internação integral e a vida comunitária, passaram a ter suas implantações impulsionadas pelos projetos de reforma psiquiátrica. (ANTUNES; QUEIROZ, 2007). Dessa forma, os serviços de atenção à saúde mental de base comunitária passaram a se

amplificar cada vez mais, inclusive, devido às iniciativas do governo federal em dar prioridade à implantação dos CAPS.

Durante o primeiro governo do presidente Lula os gestores incentivaram a expansão da rede de CAPS nos municípios de maior porte. Como resultado disso, em 2006, a rede de CAPS totalizou 1011 serviços. Até aquele ano se tinha 430 CAPS I, 320 CAPS II, 37 CAPS III, 75 CAPS i e 138 CAPS AD, sendo relevante o fato de que esses serviços se faziam presente em todos os estados da federação. (BRASIL, 2007a).

Ao se comparar a realidade mencionada com a que se tinha na década de 1980, percebe-se que realmente houve um progresso na implantação de serviços extra-hospitalares, pois se sabe que em 1988 o país possuía apenas seis Centros de Atenção Psicossocial e um elevado número de internações de pessoas com sofrimento ou transtorno psíquico. (BRASIL, 2007a).

Em relação aos usuários de droga, estudos mostram que entre as décadas de 1980 e 1990, serviços como as comunidades terapêuticas, voltados para o tratamento dessa população, começaram a se expandir no território nacional, no entanto, por serem oriundos de trabalhos voluntários e emergenciais, apresentavam uma carência teórica e técnica para lidar com a dependência de drogas. (CAVALCANTE, 2008).

É pertinente saber que o extinto Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) favoreceu, na época, a aproximação de tais instituições com o meio acadêmico, estabelecendo normas mínimas para o funcionamento desses serviços, e possibilitou algumas melhorias assistenciais, porém tais iniciativas se apresentaram insuficientes, pois, além de terem limitações técnicas, as comunidades terapêuticas eram desvinculadas do sistema de saúde vigente (CAVALCANTE, 2008), o que não condizia com a proposta da nova Política de Saúde Mental para os serviços destinados ao atendimento dessa demanda.

Inclusive, a Política Nacional sobre Drogas e a de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, por tomarem os preceitos da integralidade da assistência e intersetorialidade como norte, incentivam também a articulação da rede de serviços governamentais e não governamentais, com vistas a serem executadas ações de caráter integral e intersetorial que facilitarão o atendimento dos usuários de álcool e outras drogas.

As comunidades terapêuticas ainda constituem alternativas para o tratamento do uso pesado de drogas, porém, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2001), elas possuem inscrição como Órgãos de Utilidade Pública, havendo leis específicas que regulamentam suas funções.

O Ministério da Saúde, em 2004, realizou uma pesquisa que objetivou analisar o perfil das comunidades terapêuticas brasileiras, constatando-se que as 339 existentes realizavam internação integral para usuários de álcool e outras drogas. Desse total, 55% se localizavam na região Sudeste e 30% na Sul, as outras regiões brasileiras possuíam 15% dessas instituições. A maioria das comunidades (73%) atendiam, principalmente, uma população masculina (77%), possuindo diversas modalidades de tratamento como: medicamentosos, psicoterápicos, educacionais, de ajuda mútua, dentre outros. Ainda como nas décadas de 1980 e 1990, a orientação religiosa predominava nesses serviços, fazendo-se presente em 93% das comunidades. (BRASIL, 2004c).

Retomando as discussões sobre a rede comunitária de serviços de saúde mental, percebe-se que hoje, segundo dados do Ministério da Saúde (2008), o Brasil não dispõe apenas dos CAPS como dispositivos de assistência, uma vez que várias outras instituições cresceram em número e passaram a integrar-se à rede, tais como: as residências terapêuticas, os ambulatórios de saúde mental, os centros de convivência e cultura, e as ESF. (BRASIL, 2008a).

Alguns desses espaços, porém, têm se voltado mais para assistência de pessoas com transtornos mentais, não havendo registros específicos da presença de usuários de álcool e outras drogas, como é o caso dos centros de convivência e cultura. Estas instituições também vêm se concentrando mais em cidades das regiões Sudeste e Sul do país, dentre elas: Belo Horizonte, São Paulo, Campinas e Curitiba (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006; BRASIL, 2007a).

Baseando-se ainda em algumas informações divulgadas pelo Relatório de Gestão em Saúde Mental, de 2003 a 2006, percebe-se que seria de grande valia que alguns centros de convivência e cultura prestassem uma atenção específica aos usuários de substâncias psicoativas, porque como se tratam de espaços de troca de experiência, de convívio social e de aprendizado. Colaborariam, pois, valiosamente, para o desenvolvimento de aptidões sociais desses sujeitos, o que faria desses serviços importantes ferramentas de reabilitação psicossocial para os usuários de drogas ao se articularem com os demais serviços da rede. (BRASIL, 2007a).

Os centros de convivência e cada um dos serviços já mencionados têm contribuído para a redução de internações em hospitais psiquiátricos, inclusive em cidades brasileiras que outrora eram conhecidas pelo elevado número de internações psiquiátricas e pela carência de serviços substitutivos do hospital psiquiátrico.

O estudo de Alvarenga e Novaes (2007) traz o exemplo da cidade de Barbacena, situada no estado de Minas Gerais, que era conhecida antigamente como a cidade da América Latina com maior número de leitos psiquiátricos, recebendo a denominação de ‘cidade dos loucos’. Nos dias atuais, Barbacena conta com uma rede de serviços substitutivos em saúde mental. Dentre eles, verifica-se a existência daqueles que se voltam para o atendimento da demanda de álcool e outras drogas, tais como o Hospital-Dia Álcool e Droga, que tem proporcionado a redução do número de internações por uso de substâncias psicoativas.

O Pronto Socorro Municipal de Barbacena, na nova configuração da Rede de Saúde Mental, em funcionamento desde novembro de 2004, passou a atuar como responsável pelas emergências relativas ao álcool e outras drogas. Fora esses dois espaços mencionados, a rede de saúde mental do município ainda disponibiliza, para a comunidade o CAPS, leitos psiquiátricos em hospitais gerais, o Centro de Convivência, as residências terapêuticas e as ESF. Estas últimas, em particular, vêm sendo utilizadas como espaços para a inserção de ações de saúde mental no âmbito da atenção primária. (ALVARENGA; NOVAES, 2007).

Além das famosas experiências transformadoras das cidades de São Paulo e Santos, relatadas costumeiramente na literatura pertinente sobre Reforma Psiquiátrica brasileira e novos serviços de saúde mental, um estudo de Henna *et al.* (2008) mostram que a cidade de Santo André, também localizada no estado de São Paulo, vem se destacando na oferta de uma rede de atenção à saúde mental de base comunitária, que também disponibiliza serviços específicos voltados ao atendimento da população usuária de álcool e outras drogas, tais como: o Núcleo de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (NAPS AD) e a Unidade de Redução de Danos.

Henna *et al.* (2008) afirmam que o NAPS AD de Santo André procura seguir as normas de um CAPS AD II, mas com uma equipe ampliada para atender 24 horas, haja vista que o Ministério da Saúde ainda não estabeleceu uma portaria que regulamentasse o funcionamento do CAPS AD III no local. O NAPS AD, por sua vez, liga-se a uma Unidade de Redução de Danos, que apesar de não ser regulamentada pelo Ministério da Saúde, segue todas as diretrizes dos Programas Nacionais de DST/AIDS e da nova Política de Saúde Mental.

A Unidade de Redução de Danos andreense também tem parceria com o Programa Municipal de DST/AIDS e com uma ONG da região, permitindo um trabalho mais eficiente e engajado da equipe de redutores de danos e de seus supervisores. Um fato interessante é que alguns redutores de danos são usuários ou ex-usuários de drogas e/ou profissionais do sexo, o que tem permitido a ampliação do acesso aos locais frequentados por

pessoas de maior vulnerabilidade individual e social, como as crianças e adolescentes em situação de exploração sexual, os travestis e os usuários de drogas ilícitas. (HENNA *et al.* 2008).

Os autores ressaltam que isso vem repercutindo diretamente na melhoria da qualidade de vida dessa população, que passou a ter acesso a informações científicas capazes de auxiliar na redução dos danos que são ocasionados pelo consumo abusivo de drogas lícitas e ilícitas. Além disso, esse serviço tem possibilitado o acesso dessas pessoas às instituições de saúde em geral e a outros serviços socioassistenciais.

Percebe-se que essa última experiência trabalha com duas questões importantes trazidas pela Carta de Ottawa (1986), ou seja, o incremento do poder das comunidades e o desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais. As ações comunitárias efetivas passam a ser alcançadas quando há a participação popular nas problemáticas que assolam a comunidade, pois se parte do princípio que o conhecimento e a experiência popular somados aos saberes científicos culminam no *empowerment* comunitário. Em outras palavras, na aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de questões que envolvem a saúde individual e coletiva. (BUSS, 2003).

O trabalho dos redutores de danos em Santo André adentra em um espaço coletivo bem familiar a alguns deles, e isso facilita a troca de experiências, o desenvolvimento do processo de prevenção de agravos relacionados ao consumo de drogas e promove, de alguma forma, consciência política entre as camadas socialmente frágeis, uma vez que o trabalho das equipes permite também que essas pessoas sejam informadas acerca de aspectos pertinentes a sua cidadania e aos seus direitos.

A abordagem da redução de danos vem oferecendo um caminho promissor na atuação junto aos usuários de droga, tanto que a literatura pesquisada mostrou um estudo que tentou investir na implantação de estratégias da redução de danos junto aos serviços públicos inseridos na cidade de São Paulo, voltados ao público usuário de droga. Dessa forma, as autoras da pesquisa puderam, dentre outros objetivos, avaliar o impacto dessa nova prática junto aos profissionais e usuários das unidades de tratamento selecionadas. (DELBON; DA ROS; FERREIRA, 2006).

A pesquisa chegou a conclusões importantes e duas delas ressaltaram que para um bom trabalho com as estratégias de redução de danos é preciso que haja adequada integração dos CAPS AD com líderes comunitários, a fim de que estes intercedessem, quando necessário fosse, na comunidade ou no serviço. Foi mostrada ainda a relevância da existência de parceria entre os CAPS AD e os Programas de Redução de Danos (PRD), pois aqueles poderiam ser

úteis para que esses últimos encaminhassem as difíceis questões emocionais e técnicas que não conseguissem ser sanadas apenas com o trabalho dos redutores de danos, sendo necessário também que fosse levado sempre em consideração que parceria é via de dupla mão. (DELBON; DA ROS; FERREIRA, 2006).

Outro tipo de articulação importante entre serviços pertencentes à rede comunitária de saúde mental, que vem tentando ser efetivada, e que certamente tem sua parcela de contribuição para a assistência aos usuários de droga, é a que envolve as ESF e os CAPS. Estudos vêm mostrando a importância do trabalho integrado dessas instituições, como é o caso do Projeto Qualis, coordenado e descrito por Lancetti (2001) e desenvolvido em São Paulo. Alguns aspectos dessa experiência são extremamente relevantes e merecem ser postos aqui.

O primeiro deles é que nesse trabalho houve uma tentativa de troca de saberes e práticas entre a equipe de saúde mental e a equipe de saúde da família, partindo da realidade de atuação dos profissionais da atenção básica. Em segundo lugar, a equipe de saúde mental assumiu o papel de promotora de experiências de autonomia responsável, e não de laços de dependência. Em terceiro lugar, houve determinação na exploração de propósitos como a integralidade da assistência, o aumento da resolubilidade das ações no nível primário de atenção, a responsabilização dos profissionais por aqueles que necessitavam de seu cuidado, a coletivização das ações de saúde, entre outros. (LANCETTI, 2001).

O empenho na exploração desses propósitos é importante para o trabalho em rede, especialmente no que diz respeito à atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Mais especificamente, se fala da ESF por ela ser a porta de entrada na rede de saúde, pois, segundo mostram alguns estudos, casos relacionados ao consumo prejudicial de álcool e outras drogas são costumeiramente identificados nas comunidades assistidas pelas estratégias de saúde da família e podem ser devidamente manejados pela articulação das equipes de saúde da família e saúde mental, recebendo, se preciso for, encaminhamentos para outras instituições, que constituem ferramentas importantes para o trabalho com essa demanda, como os grupos de ajuda mútua ou os centros de convivência. (CRUZ; FERREIRA, 2007).

Algumas pesquisas relatam as dificuldades que as equipes de saúde da família têm para lidar com os problemas pertinentes à saúde mental de seus usuários, especialmente aqueles que se envolvem com abuso ou dependência de drogas. Embora se evidenciem atualmente práticas humanizadoras e conhecimentos científicos avançados em relação aos de antigamente, ainda se notam impasses quando se trata da inserção das ações de saúde mental na atenção primária.

Nunes, Jucá e Valentim (2007) observaram, em sua pesquisa, que os trabalhadores de saúde atuantes na atenção básica continuam se achando inseguros para lidar com ações de saúde mental em seu cotidiano, referindo diversos fatores para isso, estando eles ligados à falta de capacitação na área.

Trabalhadores como os agentes comunitários de saúde (ACS) enfatizaram, nesse estudo, o uso da escuta nas visitas domiciliárias aos portadores de distúrbio psíquico, entretanto, não o reconheceram como um modo de intervenção em saúde mental. Alguns profissionais mostraram em suas falas certo grau de dependência da prática médica, referindo que a busca pelas prescrições ou mesmo pelo próprio médico são as primeiras condutas tomadas quando se está diante de casos que envolvem distúrbios na esfera psíquica. Tal afirmação esteve presente tanto na fala do trabalhador de nível médio quanto na do profissional de saúde.

Em se tratando de questões pertinentes ao uso de substâncias psicoativas pelos usuários dos serviços de atenção primária, percebe-se que essa problemática é atual e relevante, envolvendo não só o consumo abusivo e a adicção às substâncias ilícitas, mas também às substâncias lícitas, estando presentes nessa categoria os psicofármacos, drogas atuantes no sistema nervoso central, que afetam humor e comportamento e que são costumeiramente prescritas em serviços como as Estratégias Saúde da Família. (MORE *et al.*, 2005).

More *et al.* (2005) descrevem suas experiências, enquanto acadêmicos de medicina, em estarem se articulando aos profissionais e usuários de uma unidade de atenção básica da cidade de Florianópolis, para a promoção de discussões e reflexões acerca do uso abusivo de drogas pela comunidade assistida naquele serviço. Um dos temas debatidos nas reuniões entre profissionais da unidade e acadêmicos foi o uso abusivo de psicofármacos pelos clientes da unidade.

A partir dessa questão foram planejadas e implementadas, pelos acadêmicos e profissionais, atividades visando a sensibilização e a orientação da clientela assistida, fato esse considerado importante, tendo em vista que o serviço dispunha de diversos casos envolvendo a saúde mental dos seus usuários e adotava como estratégia principal de tratamento as prescrições dessas drogas.

Ainda com relação à abordagem do cliente usuário de substâncias psicoativas na atenção primária, Barros e Pillon (2007) obtiveram alguns resultados positivos em sua pesquisa ao avaliarem atitudes dos profissionais de saúde de uma ESF do município de São Paulo. Consoante as autoras, os profissionais de nível superior demonstraram maior satisfação

em trabalhar com essa clientela e apresentaram maior percepção dos problemas físicos, mas relatos de prognósticos não muito positivos acerca dos usuários de drogas. Os trabalhadores de nível médio, por sua vez, apresentaram atitudes positivas de aceitação diante do consumo de substâncias psicoativas e dos usuários de drogas, porém com dificuldades na abordagem destes.

Barros e Pillon (2007) verificaram que existiam naquele serviço possibilidades e motivações para o desenvolvimento de conhecimentos e intervenções junto à clientela usuária de droga, mas o interesse para que isso ocorresse não se mostrava significativo o suficiente para gerar as mudanças necessárias na assistência prestada pela instituição.

As conclusões dessas autoras são bastante pertinentes, pois não adianta somente capacitar os profissionais e trabalhadores da atenção primária para o trabalho com a clientela usuária de droga, se os mesmos não têm interesse na reformulação de suas práticas. Por conta disso, a sensibilização e a capacitação dos profissionais e trabalhadores das ESF por outros que tenham um conhecimento mais profundo e específico sobre aspectos pertinentes à problemática do uso de drogas, parece ser fundamental para que haja transformação das práticas voltadas à assistência desses clientes.

O estudo de Fassoli, Miguel e Koda (2007) relata a experiência de estudantes de Psicologia de uma universidade do Sudeste do Brasil, em estarem informando e sensibilizando agentes comunitários de saúde para a execução de trabalhos de prevenção e promoção da saúde, em especial sobre o alcoolismo.

Na pesquisa 12 agentes comunitários de saúde pertencentes a um centro de saúde da região de Campinas, estado de São Paulo, foram submetidos a uma coleta de dados sobre alcoolismo, através de questionários, e, posteriormente, a oficinas de sensibilização e atividades educativas sobre o tema alcoolismo. As oficinas e atividades realizadas embasaram-se no conhecimento prévio que cada trabalhador possuía sobre a temática, dessa forma, a construção de novos saberes pôde ser processada de forma compartilhada, contribuindo para a mudança de alguns valores e crenças.

Dessa maneira, fica evidente que a articulação entre diversos espaços de uma comunidade seria de suma importância para a troca de experiências e construção de um conhecimento compartilhado entre os profissionais de vários setores, bem como para o planejamento de uma prática consistente e voltada à realidade local. Contudo, para que isso ocorresse, seria necessário que as equipes de profissionais dos serviços de saúde passassem a levar o seu saber-fazer para fora dessas instituições, começando a utilizar e realizar contatos ampliados com os recursos presentes em outros dispositivos de atenção, fossem eles os grupos

de autoajuda, as igrejas, as escolas, as universidades, dentre outros, visando o aumento da gama de opções para a atuação com a demanda de álcool e outras drogas, o que permitiria a implementação de intervenções adequadas e a obtenção de resultados animadores. (CRUZ; FERREIRA, 2007).

A interligação da rede oficial de serviços de saúde com outras instituições, inclusive aquelas de caráter não governamental, já é tida como necessária para a obtenção do progresso almejado na assistência aos usuários de drogas, principalmente porque já existem pesquisas comprovando que em algumas localidades do Brasil o número de instituições não governamentais voltadas a essa população supera o número de serviços mantidos pelo governo que têm o mesmo propósito.

O estado do Espírito Santo, entre os anos de 2001 e 2002, contava com 86% de instituições não governamentais especializadas em dependência de drogas, sendo que 76,6% não possuíam fins lucrativos e 49,1% eram mantidas por grupos religiosos, mostrando a presença ainda constante da Igreja em questões relacionadas ao tratamento do abuso e dependência de drogas, e para a conseqüente relevância dessa instituição estar trabalhando em parceria com os serviços oficiais de saúde disponibilizados ao usuário de droga. (GARCIA; SIQUEIRA, 2005).

Além disso, Garcia e Siqueira (2005) fizeram menção aos grupos de autoajuda como dispositivos não organizacionais também muito presentes naquela localidade, informando que, conforme a Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil, no Espírito Santo 84,7% dos grupos de autoajuda eram os de alcoólicos anônimos (AA), cujas atividades tiveram início desde 1970. Inclusive, ainda se ressaltou o fato das instituições de caráter governamental estarem localizadas predominantemente na região metropolitana, enquanto os grupos de mútua ajuda, em especial os AA, se fazem presentes nos mais diferentes municípios, tanto que em algumas cidades capixabas, eles constituíam o único dispositivo voltado ao atendimento da demanda de álcool e outras drogas.

Na verdade, observou-se, através dessa pesquisa, um limite para o trabalho em rede, visto que entre os anos de 2001 e 2002, grande parte da rede de atenção aos usuários de drogas tinha carência de serviços oficiais de saúde. Sendo assim, o tão comentado e relevante trabalho articulado, integral e intersetorial ficava comprometido, posto que se notava o descaso do governo com a questão do álcool e outras drogas, preferindo deslocar os fundos públicos para organizações não governamentais ao invés de investir em serviços comunitários de saúde e saúde mental que têm sua importância comprovada no atendimento descentralizado, hierarquizado e integral dessa demanda. (GARCIA; SIQUEIRA, 2005).

Segundo dados do Relatório de Gestão do Ministério da Saúde, que traz a situação da Saúde Mental no SUS no período de 2003 a 2006, verifica-se que o número de CAPS implantados no Espírito Santo ainda é baixo em comparação aos demais estados do Sudeste. Observa-se também que alguns estados da região Nordeste estão em melhores condições em termos de quantitativo de serviços de saúde mental, se comparados ao Espírito Santo. Como exemplo se tem os estados da Bahia, Ceará e Pernambuco. É relevante informar que, nos últimos quatro anos, o número de CAPS baianos aumentou seis vezes ao passar de 14, no fim de 2002; para 89, ao final de 2006; e que os CAPS pernambucanos triplicaram nesse mesmo período. (BRASIL, 2007a).

Com relação a Pernambuco, Rameh-de-Albuquerque (2008) descreve em um dos capítulos de sua dissertação algumas características da rede de serviços destinada aos usuários de droga em Recife, afirmando que a Secretaria de Saúde da cidade possui coordenações distintas para tratar as questões relativas à saúde mental, e ao álcool e outras drogas, respectivamente, o que torna Recife uma cidade diferenciada da maioria dos municípios brasileiros. Por conta disso, a autora chama atenção para dificuldades que podem surgir no manejo de usuários que desenvolvem transtornos mentais devido à dependência de substâncias psicoativas e vice-versa. Mesmo assim, a rede de serviços destinados à atenção aos usuários de droga dessa cidade conta com diversas instituições, dentre elas os CAPS AD, as unidades de desintoxicação, os ambulatórios nas policlínicas, os albergues terapêuticos, dentre outros.

Até 2007, os serviços que compunham a rede de atenção à saúde mental em Recife eram diversificados. Dessa forma, eram disponibilizados à população do município 4 albergues terapêuticos destinados à clientela usuária de droga, 65 ambulatórios de psicologia, 30 ambulatórios de psiquiatria, 6 CAPS AD, 2 CAPS I, 6 CAPS II, 1 CAPS III implantado e outro em processo de implantação, 5 hospitais psiquiátricos, sendo que um deles encontrava-se em processo de descredenciamento, 12 residências terapêuticas e 1 unidade de desintoxicação. Até aquele ano, não existiam na cidade leitos psiquiátricos em hospitais gerais. (RECIFE *apud* RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

A cidade de Fortaleza, no Ceará, diferentemente de Recife, possui, na Secretaria Municipal de Saúde, uma coordenação única para tratar de assuntos pertinentes à saúde mental da população, incluindo aqueles relativos ao álcool e outras drogas. Além disso, muitos avanços foram proporcionados à rede assistencial de saúde mental fortalezense, que desde 2005 vem ganhando novos espaços e equipes multiprofissionais cada vez mais

engajadas na luta contra o modelo hospitalocêntrico e na garantia de uma assistência de qualidade ao portador de transtornos mentais. (FORTALEZA, 2006).

O Relatório de Gestão de 2007 da Coordenação Colegiada de Saúde Mental do município informa que a cidade possui 14 CAPS, sendo 6 gerais, 6 álcool e outras drogas e 2 infantis, 1 residência terapêutica, 1 unidade de saúde mental em hospital geral com 30 leitos, 2 emergências psiquiátricas especializadas, 9 emergências clínicas em hospitais municipais, que estão iniciando o atendimento às situações de crises psicóticas e aos casos de abuso de álcool e outras drogas, 18 equipes de apoio matricial, dando suporte às ações de saúde mental a serem desenvolvidas na atenção básica e 2 ocas de saúde comunitária, voltadas ao desenvolvimento de atividades de promoção à saúde mental nas comunidades onde estão inseridas. (FORTALEZA, 2008a).

Acredita-se que a expansão desses novos serviços contribuiu para uma redução significativa do número de pessoas internadas em hospitais psiquiátricos por conta de transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool. Ao se comparar os anos de 2005 e 2006, evidenciou-se uma diminuição de 34% dessas internações. (FORTALEZA, 2007).

Apesar de se encontrarem progressos relativos à assistência prestada aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil, percebem-se alguns limites, principalmente aqueles que dizem respeito à distribuição geográfica dos serviços substitutivos do hospital psiquiátrico, ou seja, há regiões que possuem uma maior concentração desses serviços como as do Sul e Sudeste. Além disso, mesmo com as redes de serviços em crescimento, são observados impasses na melhoria da atenção à demanda de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2007a; SOUZA, KANTORSKI; MIELKE, 2006).

Um deles se relaciona à falta de engajamento de alguns profissionais que continuam a exercer práticas não adequadas ao novo modelo de atenção vigente. O fato de muitos ainda possuírem formação centrada no antigo modelo biomédico e hospitalocêntrico parece contribuir para que haja conformação com a prestação de uma assistência excludente e desumana em virtude de alguns profissionais não estarem familiarizados com os novos 'modos do saber-fazer' propostos pelo modelo de atenção biopsicossocial. Isso traz repercussões para a dinâmica dos serviços, acarretando prejuízos na elaboração dos planos terapêuticos e na efetivação das intervenções, o que desfavorece a eficácia do processo de reabilitação psicossocial e reinserção social dos usuários. (SOUZA, KANTORSKI; MIELKE, 2006).

Observa-se também que, mesmo com as ações intersetoriais sendo enaltecidas, quando se mencionam intervenções na área de álcool e outras drogas, há ainda dificuldades a serem enfrentadas para o estabelecimento de parcerias entre setores, como os de educação e saúde, por exemplo, que poderiam estar atuando rotineiramente em conjunto, com o intuito de promover ações eficazes em questões concernentes à prevenção do consumo de drogas ou a reinserção social dos usuários.

Como já referido anteriormente, a conjuntura atual vem exigindo uma maior articulação entre os dispositivos sociais e de saúde para um efetivo funcionamento da rede de atenção à demanda de álcool e outras drogas. Devido a isso, é evidenciada a importância de se fazer articulações entre Serviços de Redução de Danos e os CAPS AD, ou mesmo de se incentivar o trabalho com estratégias de redução de danos desde a atenção primária. Porém, ainda são encontradas poucas referências na literatura sobre atividades desse tipo, provavelmente devido ao fato da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas (2003), que adota e incentiva estratégias e práticas como essa, ser ainda recente.

O estudo bibliográfico de Nardi e Rigoni (2005) refere que existem poucos estudos discutindo o trabalho e a inserção dos redutores de danos no campo da saúde, mencionando que os preconceitos existentes acerca da atuação dessas pessoas na sociedade contemporânea são fatores contribuintes para esse impasse.

Com relação à formação dada aos futuros profissionais de saúde sobre questões pertinentes à saúde mental, incluindo a problemática do álcool e outras drogas, Fraga, Souza e Braga (2006) destacam que houve mudanças curriculares importantes, permitindo que os conteúdos de saúde mental ministrados nos cursos de graduação fossem adequados à realidade atual. Além disso, houve a criação e a ampliação de cursos de pós-graduação com a inclusão de disciplinas voltadas a discutir questões recentes de saúde mental.

Porém, as pesquisas que envolvem a problemática do álcool e outras drogas possuem lacunas, inclusive aquelas desenvolvidas pela enfermagem. Estudos como o de Luis e Lunetta (2005) mostram que, apesar do crescimento nas pesquisas sobre essa temática, o quantitativo de produções ainda se encontra reduzido, mais especificamente na área da enfermagem. Dos 6.251 resumos de pesquisas cadastrados nas bases de dados online e selecionados através de descritores específicos, apenas 3,4% haviam sido produzidos por enfermeiros e se referiam ou mencionavam o tema álcool e outras substâncias psicoativas. (LUIS; LUNETTA, 2005).

Diante de tudo que foi colocado, percebe-se que a assistência prestada ao usuário de droga tem dado passos significativos, porém nota-se que de nada adianta uma ampla

variedade de serviços se a capacitação das equipes multidisciplinares, bem como a articulação e integração das ações desenvolvidas nos diversos espaços citados, continuarem fragilizadas. Não basta apenas ter um aglomerado de serviços contendo cada um uma equipe multiprofissional envolvida tão somente em atividades intrainstitucionais, limitando-se a referenciar casos de um serviço para o outro. É preciso se trabalhar também com o processo de contrarreferência, que é de suma importância para a avaliação do progresso de cada usuário inserido na rede e para o redirecionamento de práticas.

Sabe-se, assim, que é necessário que o saber-fazer seja reconstruído e isso se torna possível através da realização de mais pesquisas, envolvendo cenários e populações relacionadas com a temática de estudo, a fim de que o conhecimento possa ser repensado e as práticas devidamente modificadas. No caso da problemática do álcool e outras drogas, observa-se a necessidade de existir uma rede de atenção e apoio estruturada destinada a essa clientela, entretanto, para que isso ocorra, é preciso lançar mão da integralidade da assistência e da intersetorialidade enquanto preceitos políticos e processos importantes para a estruturação dessa rede.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

Para atender os objetivos propostos, o estudo foi do tipo exploratório e descritivo, haja vista que o estudo exploratório permite ao investigador o aumento de sua experiência em relação a um determinado problema, podendo servir para levantar possíveis problemas de pesquisa, sendo caracterizado também pela necessidade de se investigar uma situação não conhecida ou pouco conhecida, de onde se tem necessidade da obtenção de várias outras informações. A pesquisa de caráter descritivo, por sua vez, possibilita a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então, o estabelecimento de relações entre variáveis. (LEOPARDI *et al.*, 2001; GIL, 2002).

4.2 Local do estudo

O presente estudo foi desenvolvido junto às equipes multiprofissionais de quatro CAPS AD da cidade de Fortaleza, que estão territorialmente distribuídos em quatro regiões administrativas da cidade denominadas de Secretarias Executivas Regionais (SER). Atualmente, Fortaleza está dividida em seis regiões administrativas e para cada uma delas existe uma secretaria cuja função é a execução de políticas setoriais que definem prioridades, estabelecendo metas específicas para cada grupo populacional de uma determinada área, possibilitando a prestação de serviços articulados em uma rede de proteção social. (ANDRADE *et al.*, 2007).

Para cada região administrativa da cidade há um CAPS AD, perfazendo um total de seis para todo o município. A princípio pretendia-se realizar a pesquisa nos seis CAPS, porém, devido à saturação das falas no decorrer das entrevistas com os profissionais e coordenadores e à constatação de semelhanças existentes entre os aspectos funcionais dos quatro serviços inicialmente investigados, optou-se pela inclusão dos CAPS AD das SER I, III, IV e V somente.

Segundo os dados do Anuário de Fortaleza divulgados no jornal *O Povo* (2008), as regionais apresentam significativas disparidades socioeconômicas entre si, sendo que a Regional V é a mais populosa e também a mais pobre da cidade, com rendimentos médios de 3,07 salários mínimos, concentrando apenas 2,89% dos empregos formais de Fortaleza. É considerada uma das regionais mais jovens, pois metade de sua população tem até 26 anos. Representa ainda a parte da cidade com segundo maior índice de analfabetismo, inferior apenas ao registrado na Regional VI.

Ainda com relação ao anuário, a Regional IV, por sua vez, tem o menor número de habitantes, reunindo 12.3% da população fortalezense e metade de sua população tem idade máxima de 30 anos. É a Regional com menor índice de analfabetismo e a que possui a segunda melhor média de rendimentos mensais por família. Essa Regional concentra ainda 16,04% dos empregos formais existentes na Capital e é onde está inserida a Universidade Estadual do Ceará.

Já a Regional III tem o terceiro menor índice de analfabetismo comparado aos demais, e ocupa a quarta colocação em relação aos rendimentos familiares, com ganhos médios de 4,6 salários mínimos. O bairro com melhor média de rendimentos é a Parquelândia, apresentando 10,2 salários mínimos. Essa Regional responde por 3,75% dos postos de trabalho formais de Fortaleza.

A Regional I, igualmente à Regional V, apresenta uma população bastante jovem, metade dela tem até 28 anos de idade. O bairro Alagadiço/São Gerardo tem o maior número de alfabetizados e a maior renda média mensal, perfazendo um total de 10,4 salários mínimos por mês, e é também onde se encontra o maior percentual de pessoas alfabetizadas, contrastando com o bairro Pirambu, que apresenta os piores indicadores sociais e a menor renda média, que é de 1,9 salário mínimo por mês. Ressalta-se ainda que os bairros da Regional I são responsáveis por 9,23% do total de empregos formais de Fortaleza.

Até 2005 não existia CAPS AD implantado na cidade de Fortaleza. Foi naquele ano que ocorreu a implantação do primeiro CAPS AD, localizado no bairro Rodolfo Teófilo, pertencente à Regional III (FORTALEZA, 2006). O referido bairro apresenta uma rede de serviços de saúde capazes de se articular para atender à demanda de álcool e outras drogas. Dentre os serviços da rede estão: o Hospital Universitário Walter Cantídio; os CAPS geral e infantil; e outros dispositivos formados por setores da sociedade civil, que são constituídos pela própria Universidade Federal do Ceará, associações e organizações comunitárias, como é o caso do grupo de autoajuda AA. (LIMA, 2009).

Em 2006, os CAPS AD da SER I, II, IV e V já se encontravam em processo de estruturação e funcionamento. Nesse mesmo ano, o CAPS AD da SER VI foi inaugurado e todos os CAPS AD do município foram cadastrados pelo Ministério da Saúde. (FORTALEZA 2007).

4.3 Participantes do estudo

Os sujeitos do estudo foram os coordenadores dos serviços e profissionais de nível superior que compunham as equipes multiprofissionais.

Incluíram-se no estudo todos os coordenadores que mostraram disponibilidade em participar, independente de sua categoria profissional e do seu tempo de atuação na coordenação, pois o diálogo com esses informantes-chave foi considerado essencial para o aprimoramento de conhecimentos acerca da organização e funcionamento dos serviços. Todos os coordenadores concordaram em participar da pesquisa, constituindo um total de quatro gerentes, um de cada CAPS AD.

Os critérios de inclusão para a seleção dos componentes das equipes multidisciplinares foram: ser profissional de nível superior, situado entre as categorias de psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, psiquiatra e médico clínico; estar vinculado ao CAPS AD há no mínimo seis meses. Como em todos os quatro serviços eram encontrados dois ou mais profissionais pertencentes a uma mesma categoria, optou-se em dar prioridade àquele profissional que estivesse vinculado ao local há mais tempo e que desejasse participar do estudo.

Tomando por base a Portaria 336/02, que define e estabelece as diretrizes para o funcionamento dos CAPS, optou-se por trabalhar com os membros das equipes multiprofissionais que se inserissem nas categorias anteriormente mencionadas, tendo em vista que esses são os profissionais comumente encontrados nos diversos tipos de CAPS descritos pelo referido documento. (BRASIL, 2004a).

Tais critérios permitiram atender os objetivos de caracterizar os profissionais inseridos nos CAPS AD quanto aos seus conhecimentos técnico-científicos e identificar as ações e práticas desenvolvidas pelas equipes para o trabalho junto à clientela de álcool e outras drogas. Optou-se por trabalhar com os profissionais que já estavam na instituição naquele tempo determinado, tendo em vista o fato de que aqueles que possuíam um tempo de

atuação no local, inferior ao estabelecido, encontravam-se em processo de adaptação, estruturando sua práxis.

Foram contatados 20 profissionais que atendiam aos critérios de inclusão, no entanto um deles se recusou a participar do estudo. Sendo assim, participaram 19 profissionais dispostos entre as categorias de psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, médico clínico e psiquiatra.

4.4 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

Os dados foram coletados junto aos participantes do estudo através de dois roteiros de entrevistas semiestruturadas, sendo que um deles (Apêndice C) foi formulado para ser aplicado ao coordenador da instituição e o outro voltado aos profissionais da equipe (Apêndice D).

O roteiro de entrevista direcionado aos coordenadores (Apêndice C) está dividido em duas partes: a primeira traz questionamentos relacionados diretamente ao serviço; a segunda se volta aos aspectos sociodemográficos, de formação e experiência do coordenador em saúde mental, trazendo também questões norteadoras que enfocam principalmente pontos relativos à funcionalidade do serviço, o trabalho do coordenador e seus conhecimentos e percepções acerca de alguns aspectos teórico-práticos pertinentes à assistência à clientela de álcool e outras drogas.

O segundo roteiro (Apêndice D), voltado aos profissionais do serviço, traz questionamentos relativos aos aspectos sociodemográficos, de formação e experiência em saúde mental, além de conter questões norteadoras enfocando temas inerentes à problemática de álcool e outras drogas na atualidade, à prática desenvolvida no CAPS AD e ao próprio CAPS AD enquanto componente da rede de atenção em saúde.

Segundo Souza *et al.* (2005) o roteiro de entrevista se apóia nas variáveis e indicadores considerados essenciais e suficientes para a construção de dados empíricos, podendo ser organizados em tópicos temáticos, servindo de orientação e guia para o andamento da interlocução. Sendo assim, constrói-se o roteiro de tal forma que permita flexibilidade nas conversas e absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua relevância.

Foi utilizado, também como instrumento de coleta, um roteiro de observação sistemática (Apêndice E), contendo tópicos que possibilitaram o conhecimento dos recursos humanos e materiais e da dinâmica de funcionamento dos serviços investigados. Vale ressaltar que, além disso, fez-se uso do diário de campo como técnica auxiliar para as anotações das percepções da autora após a aplicação dos roteiros de entrevista e de observação.

Alves-Mazzotti e Gewandszajder (1998) afirmam que as observações sistemáticas são utilizadas quando se trabalha com um roteiro desenhado pelo próprio pesquisador, objetivando a identificação de aspectos mais precisos. É um tipo de observação muito utilizado para se identificar práticas que a teoria classifica como eficazes, podendo ser usada, eventualmente, alguma forma de quantificação. Lakatos e Marconi (2001) complementam essa afirmação ao mencionarem que a observação do tipo não participante é aquela que tem caráter sistemático, sendo ordenada e dirigida para um determinado fim.

4. 5 Procedimento para a obtenção dos dados

A coleta de dados foi iniciada no final do mês de abril de 2009 e encerrada ao final do mês de setembro desse mesmo ano. A ordem de acesso aos CAPS AD foi organizada levando-se em consideração a disponibilidade dos coordenadores e das equipes multiprofissionais para participarem da pesquisa. Desse modo, foi feito o seguinte percurso: CAPS AD - Regional V, CAPS AD – Regional IV, CAPS AD – Regional I e CAPS AD – Regional III. A coleta se processou em duas etapas e a pesquisadora permaneceu de duas a três semanas em cada serviço.

A primeira etapa foi pertinente à aplicação do roteiro de observação (Apêndice E) e realizou-se logo na primeira semana de estadia da pesquisadora no serviço, nos dias de segunda a sexta-feira, ficando reservadas 3 horas de observação para o turno da manhã e mais três para o da tarde. Ao final desse período foram cumpridas 30 horas de observação em cada CAPS AD, perfazendo um total de 120 horas durante todo o processo de coleta.

Isso permitiu o conhecimento do espaço, da estrutura física e geográfica de serviço, assim como dos profissionais e trabalhadores que compunham as equipes multiprofissionais e as formas de atendimento efetuadas por estes. Nessa primeira fase, teve-se a finalidade de conhecer as instalações físicas, a dinâmica das relações dos funcionários

entre si e deles com os usuários do serviço, além de se poder manter um contato informal com aqueles que trabalhavam nas instituições, principalmente os coordenadores.

Observou-se a disponibilidade dos gerentes em estarem comentando informalmente sobre o trabalho desenvolvido nos CAPS AD, apresentando o serviço em sua integralidade. Inclusive, aproveitou-se a ocasião para questioná-los acerca de alguns documentos administrativos capazes de auxiliar no processo de observação, tais como: normas, rotinas, regimentos, cronogramas de atividades, relatórios de reuniões técnicas realizadas nos serviços, projetos terapêuticos, dentre outros. Tanto os coordenadores como os membros das equipes mostraram empatia e disponibilizaram o que foi possível para ajudar na pesquisa.

A segunda etapa da coleta de dados consistiu em contatar coordenadores e profissionais das equipes para a realização das entrevistas individuais (Apêndices C e D). Para essa fase foi reservado um período de uma a duas semanas, tendo em vista os impasses que poderiam surgir nos contatos por conta das rotinas de atividades dos profissionais. Durante o contato, questionava-se o profissional sobre sua disponibilidade para participar do estudo, caso este se mostrasse disponível, era agendado um horário compatível com a sua rotina de trabalho no CAPS, a fim de que o roteiro de entrevista pudesse ser aplicado devidamente, amenizando as possíveis interrupções. Todas as entrevistas foram registradas com o auxílio de um gravador e, posteriormente, transcritas na íntegra para posterior organização e análise dos dados.

4.6 Organização e análise dos dados

Os dados de caráter quantitativo foram agrupados em quadros e discutidos com fundamentação na literatura recente sobre o assunto, que foi encontrada em livros textos, artigos científicos publicados em periódicos, dissertações, teses, manuais do Ministério da Saúde, dentre outras publicações. Os dados de cunho qualitativo foram organizados a partir da análise de conteúdo de Bardin (1977), método favorável aos objetivos propostos pela pesquisa, uma vez que, segundo a autora, a análise de conteúdo diz respeito a um instrumental metodológico passível de ser aplicado em discursos diversos, oscilando entre os cenários da objetividade e subjetividade.

O tipo de análise proposto por Bardin (1977) permite ainda tanto uma leitura qualitativa quanto uma quantitativa, o que possibilita a visualização da frequência com que são mencionadas certas características do conteúdo.

A análise do conteúdo foi realizada em três etapas: a pré-análise, a conclusão da preparação do material e sua exploração, e, por último, o tratamento dos resultados.

De acordo com essas etapas foi realizada a leitura flutuante do material coletado, objetivando selecionar os trechos cujos conteúdos estivessem relacionados aos temas abordados nos roteiros de entrevista. Para isso, foi utilizado o processo de leitura flutuante que, conforme Bardin (1977), permite o estabelecimento de cortes no conteúdo das entrevistas a fim de que o material possa ser tratado como um conjunto de dados.

Após serem efetuados os devidos cortes, cada entrevista foi estudada de forma organizada e particular, a fim de que os dados obtidos através das falas pudessem ser devidamente interpretados e posteriormente organizados, agrupados e classificados em subcategorias, embasando-se na convergência de termos e temas surgidos durante as entrevistas. Isto possibilitou a formulação de categorias temáticas, que foram analisadas e discutidas através da fundamentação teórica obtida na literatura atual sobre o assunto em estudo.

Os preceitos de interdisciplinaridade, integralidade da assistência, intersetorialidade, reabilitação psicossocial e reinserção social, presentes nas políticas públicas atuais sobre drogas, foram usados como elementos norteadores do processo de análise e discussão dessas categorias emergidas a partir das falas dos participantes do estudo, ou seja, nessa etapa procurou-se explicitar os momentos em que as colocações dos sujeitos mostravam convergências ou divergências em relação a esses elementos, a fim de que se pudessem atingir os objetivos propostos pela pesquisa.

De acordo com Rodrigues e Leopardi (1999), dentre as formas atuais de investigação na saúde, a análise de conteúdo vem sendo privilegiada por explicitar elementos não visíveis do processo de viver e adoecer. Isto decorre da necessidade de evidenciar relações entre o fato objetivo da desordem biofisiológica e algumas dimensões constituídas por valores, símbolos, representações, desejos e comportamentos, somente alcançados por meio de incursões à subjetividade, expressa pela enunciação verbal.

4.7 Aspectos éticos e legais do estudo

É conveniente informar que a pesquisa em questão é derivada de um projeto intitulado: Rede de atenção e apoio social ao dependente químico: mapeamento do município de Fortaleza – Ceará, contemplado com concessão de auxílio financeiro pelo CNPq – Edital MCT/CNPq/CT N° 33/2008 – Saúde Mental, em dezembro de 2008. O referido projeto foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (UFC), recebendo o parecer de aprovação no dia 30 de março de 2009 (Anexo A).

Os procedimentos de coleta de dados só foram iniciados após se receber o parecer de aprovação do Comitê de Ética, bem como o termo de autorização assinado pelos coordenadores de cada serviço contatado, permitindo a entrada da pesquisadora nos locais de realização do estudo.

Todavia, os coordenadores exigiram que o projeto de pesquisa, juntamente com o parecer de aprovação emitido pelo Comitê de Ética, fosse entregue no setor de Educação Permanente e no Colegiado de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde para ser avaliado por seus representantes, pois apenas com a aprovação destes os coordenadores poderiam autorizar o desenvolvimento da pesquisa. Sendo assim, após serem cumpridas todas as exigências mencionadas, a coleta de dados teve início.

A pesquisa foi realizada de acordo com os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Para cada participante foi informado o objetivo do estudo, a finalidade dos seus resultados, seus riscos e benefícios. Cada participante também foi orientado sobre a garantia de seu anonimato e a necessidade de sua assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), caso desejasse participar da pesquisa.

Aqueles que se mostraram dispostos para participar assinaram duas vias do termo apresentado no Apêndice B desse trabalho, sendo que uma via foi entregue à pesquisadora e a outra ficou sob a responsabilidade do participante.

Para garantir o respeito ao anonimato dos participantes todos foram identificados pela função exercida no serviço seguida de uma numeração indicando a ordem de realização das entrevistas.

É importante ressaltar que a pesquisa atendeu às exigências éticas e científicas fundamentais, preservando a autonomia dos sujeitos, com a devida ponderação entre riscos e

benefícios, garantindo a não maleficência e reafirmando sua relevância social com vistas a contribuir para uma transformação social.

5 CAPS AD COMO DISPOSITIVO DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGA

Inicialmente, caracterizaram-se os CAPS AD quanto a sua estruturação e dinâmica de funcionamento, de forma que se pudesse conhecer alguns aspectos relacionados ao ano de abertura, turnos de funcionamento, modos de registros do quantitativo de usuários, missão do serviço, atividades desenvolvidas e repercussões para a clientela. Após essa visão geral procurou-se canalizar as discussões para as instalações físicas e recursos humanos disponíveis.

Considerou-se importante conhecer a estruturação desses serviços para compreender seu processo de funcionamento, percebendo, assim, as semelhanças e diferenças existentes entre os modos de trabalho desenvolvidos em cada local.

Para uma melhor aproximação, alguns dados foram dispostos em quadros e outros foram trazidos através das falas dos coordenadores.

5.1 Estruturação e dinâmica de funcionamento

De acordo com as informações repassadas pelos coordenadores, constatou-se que os CAPS AD das SER I, III e IV passaram a funcionar na sede em 2006 e o da SER V em 2007. Todos os serviços funcionam manhã e tarde, das 8h às 12h e das 13h às 17h. O número de usuários registrados nos CAPS AD da SER I, III, IV e V foram, respectivamente, 1753, 2000, 1360 e 1600. Contudo, o total de usuários que estavam em acompanhamento correspondeu a 400, 300, 300 e 400, respectivamente. Nenhum dos coordenadores soube precisar o tempo médio de permanência dos usuários nos referidos serviços.

Os CAPS AD são serviços recentemente implantados na cidade, portanto o trabalho desenvolvido com a demanda de álcool e outras drogas, em serviços de base territorial, está em processo de construção. Entretanto, é conveniente mencionar que apesar da rede de CAPS ter sido ampliada no ano de 2006, no município de Fortaleza, foram nos anos de 2004 a 2005 que as equipes de saúde mental, contratadas para atuarem nesses serviços, iniciaram suas atividades em unidades básicas de saúde, utilizando-se do processo de territorialização para realizar o mapeamento dos equipamentos sociais e de saúde disponíveis

em cada espaço político-social, denominado de Regional, sendo visitadas ONGs, clínicas, hospitais, comunidades terapêuticas e outras instituições com abrangência sobre todo o município de Fortaleza, além de alguns CAPS, do tipo geral, que já se encontravam em funcionamento. (FORTALEZA, 2006, 2007).

Dessa forma, antes dos CAPS AD serem completamente estruturados e implantados em espaços específicos, suas equipes foram estimuladas a se inserir nas comunidades, contribuindo para o início de uma aproximação prática com a problemática do abuso de álcool e outras drogas, inclusive os casos relacionados ao uso de drogas começaram a ser atendidos pelos profissionais dessas equipes durante o processo de inserção nas comunidades, não se esperando que os serviços fossem inaugurados para a demanda ser acolhida. (FORTALEZA, 2006).

Com relação aos turnos de funcionamento, constatou-se que todos os CAPS AD funcionavam das 8h às 17h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, não desenvolvendo, no momento, nenhuma atividade no turno da noite, mostrando que, com relação a esse item, tais instituições estão parcialmente de acordo com o que é estabelecido pela Portaria G.M 336/02 do Ministério da Saúde. Segundo esse documento os CAPS AD devem funcionar das 8h às 18h, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo haver um terceiro turno, ofertando atendimento até as 21h. (BRASIL, 2004a).

Acerca do quantitativo de usuários que se encontra cadastrado e em acompanhamento nos quatro Serviços, foi observada uma grande diferença entre os valores mencionados pelos coordenadores, pois se tem uma média de 1677 usuários registrados, mas, somente uma média de 350 é acompanhada mensalmente.

Os coordenadores, ao falarem do tempo médio de permanência do usuário no CAPS AD para tratamento, não souberam delimitar um período preciso, dando as seguintes justificativas:

‘O usuário vem, ele às vezes fica um período de um a dois anos e aí ele se afasta, porque arranhou um emprego, porque se reinseriu na sociedade. E de repente ele tem uma recaída e retorna. Então, realmente é algo bem... varia muito de pessoa pra pessoa.’ (Coordenadora - entrevistada 3)

‘É muito variado, porque... tem alguns que tem dois anos; tem paciente que tem mais de dois anos, tem paciente que tem, sabe? Que continuam ainda frequentando, continua ainda tendo recaída e volta, continua ainda.’ (Coordenadora – entrevistada 4)

Durante as observações foi percebido que após o acolhimento e a identificação dos casos específicos do CAPS AD havia a elaboração do projeto terapêutico individual de cada cliente. O profissional responsável decidia, juntamente com o usuário, as atividades em que este iria se inserir, mas nos planos terapêuticos visualizados, os tipos de atendimentos eram apenas elencados, não havendo estipulações de metas a serem alcançadas ou de prazos a serem cumpridos.

O processo de avaliação dos clientes era pontual. Ao se entrevistar alguns profissionais, muitos afirmaram que a avaliação do usuário se dava através de análises ocorridas ao longo dos atendimentos individuais e grupais nos quais os clientes se engajavam. Alguns casos eram discutidos pelas equipes durante reuniões administrativas semanais, não havendo prazos delimitados para a efetivação dessa etapa de avaliação.

Constatou-se, dessa forma, que seria necessário um controle interno sistemático da demanda de usuários de cada serviço, a fim de que cada usuário registrado pudesse ser devidamente acompanhado pelas equipes multiprofissionais. Um dos coordenadores chegou a mencionar a importância da atuação do profissional de referência e da construção de um banco de dados informatizado como meios viáveis para a efetivação desse controle:

*‘É, a gente está instaurando agora um procedimento que é o profissional de referência. É, o profissional, teria uma noção até quanto tempo ele taria aqui, mas a gente não tem, digamos, um banco de dados que concilie as várias pessoas e o quanto que passa pra gente saber qual a média. Então, a gente não tem um banco de dados, ainda, formatado. A gente tá em construção dele.’
(Coordenador – entrevistado 2)*

Concorda-se com o fato de que o trabalho com os profissionais de referência contribuiria para o adequado monitoramento de cada usuário cadastrado em um CAPS. Inclusive, esse trabalho está indicado em material sobre os CAPS, elaborado pelo Ministério da Saúde. Em conformidade com esse documento, cabe ao profissional de referência, em diálogo com a equipe técnica e usuário, monitorar o projeto terapêutico individual, fazer contatos com a família do paciente e avaliar periodicamente as metas traçadas. (BRASIL, 2004b).

Sabe-se que é comum os usuários de drogas psicoativas reconhecerem os malefícios envolvidos em seu comportamento, porém, assim mesmo, eles apresentam, ainda, atração pelo comportamento adictivo, prejudicando sua motivação para a manutenção de um tratamento. (SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008).

A susceptibilidade que esse tipo de cliente tem para desistir do tratamento, ou não ter aderência ao mesmo, e a estruturação recente do trabalho com os profissionais de referência, poderia explicar a longa permanência do usuário no CAPS AD. Talvez a fragilidade ou mesmo a ausência de uma maior sistematização na elaboração do projeto individualizado, como preveem as normas desse tipo de serviço, seja a principal causa para essa falta de controle e, mesmo, efetividade da atenção prestada à essa população.

Moraes (2000) e Ferreira (2001) comentam acerca da importância da informação em saúde, ressaltando ser esta um veículo necessário para a gestão dos serviços, pois tem a possibilidade de orientar a implementação, o acompanhamento e as avaliações subsequentes dos modelos de atenção em saúde, envolvendo, também, ações de prevenção e controle de doenças. No caso específico dos serviços comunitários de saúde mental, dentre eles os CAPS AD, os registros feitos sistematicamente por cada profissional tornaria viável a construção de um banco de dados, o qual poderia ser informatizado, com vistas a gerar um sistema de informação sobre a saúde de cada usuário atendido.

O Ministério da Saúde conceitua um Sistema de Informação em Saúde como um instrumento capaz de adquirir, organizar e analisar dados necessários para definir problemas e riscos à saúde, assim como para avaliar as repercussões que os atendimentos prestados possam vir a ter sobre o estado de saúde de uma determinada população, além de contribuir para a produção de conhecimentos acerca da saúde e dos assuntos a ela relacionados. (BRASIL, 2004d).

Mediante o exposto, constata-se que a construção de um eficiente banco de dados nos CAPS AD investigados contribuiria para a geração de informações mais precisas acerca do acompanhamento dos seus usuários, permitindo um conhecimento exato dos tipos de acompanhamento aos quais as pessoas são submetidas, o que possibilitaria um controle maior das frequências nas atividades terapêuticas prescritas, das altas e dos procedimentos avaliativos feitos periodicamente com cada usuário. Ressalta-se que estas informações poderiam estar subsidiando o acompanhamento individualizado de cada pessoa assistida, tornando-se ferramenta importante no processo de atenção à demanda de álcool e outras drogas.

Foi observado que o processo de montagem de um banco de dados informatizado encontra-se em desenvolvimento nos CAPS AD das Regionais III e IV. Inclusive no CAPS AD da Regional III existia um profissional do serviço responsável pela pesquisa do perfil epidemiológico dos usuários, encontrando-se diretamente engajado no processo de construção e organização desse banco de dados.

No CAPS AD da Regional I foi observada a existência de um trabalhador de nível médio responsável pela organização dos prontuários, porém não foi evidenciado, nesse CAPS e nem no CAPS AD da Regional V, a sistematização dos registros em bancos de dados. Entretanto, vale ressaltar que ambos os serviços estavam passando por processos de reforma em seus espaços físicos na época da coleta de dados e que seus coordenadores tinham assumido a gerência há pouco tempo. Devido a isso, houve dificuldades na observação da organização de registros ligados aos usuários.

5.1.1 Missão e projeto terapêutico

Sabe-se que o CAPS é um serviço comunitário de saúde mental e visa prestar atendimento especializado àqueles casos moderados e graves de transtornos psíquicos. Conforme o Ministério da Saúde, trata-se de um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico que tem o objetivo de prestar atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e possibilitando a reinserção e reabilitação social de seus usuários (BRASIL, 2004b).

Baseando-se nessa afirmação, e sabendo que os CAPS AD são destinados à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de drogas, percebeu-se que os coordenadores consideraram o acolhimento, o incentivo à autonomia dos usuários e a oferta de uma assistência de referência como os principais elementos norteadores da missão desse serviço.

'[...] a nossa maior missão é acolher essas pessoas que vêm com um sofrimento muito grande, da forma mais adequada possível. Sempre deixando o livre arbítrio de escolher entre a redução de danos e a abstinência, porque o preconceito é muito grande, não só o da sociedade para com eles, mas deles para com eles mesmos. Então, assim, acho que a nossa maior missão é tentar não conscientizar; porque eu não acredito que as pessoas se conscientizem e, sim, sensibilizar esses usuários de como eles são importantes e eles não são drogados, são usuários de droga.' (Coordenadora - entrevistada 3)

Percebe-se que foi enfatizada a questão da autonomia do usuário de droga, enquanto sujeito capaz de decidir sobre seu tratamento e os meios utilizados para a efetivação deste. O coordenador, ao ter o conhecimento da vulnerabilidade e do estigma enfrentado por essas pessoas, considera essencial o acolhimento desenvolvido pelo serviço.

Ribeiro (2005) afirma que o usuário de droga se insere na categoria de população vulnerável, pois, além de continuar a ser marginalizado pela sociedade, seu tratamento, em algumas instituições, continua sendo ofertado com base em uma visão patológica e/ou psicológica do abuso e dependência química, contribuindo para que o processo terapêutico de Redução de Danos, tão incentivado pelo Ministério da Saúde, torne-se inviável.

O Ministério da Saúde afirma que qualquer serviço de saúde deve estabelecer e fortalecer o vínculo e a confiança do usuário de droga em relação à equipe e às diversas propostas de tratamento, comprometendo-se com a garantia da confidencialidade, sigilo, respeito às diferenças individuais e com a valorização de toda iniciativa que aponte o autocuidado e a procura pelo serviço. Dessa forma, se a escolha de um usuário for por estratégias de redução de danos, como base para seu tratamento, sua decisão deverá ser respeitada e incentivada pela equipe do serviço no qual ele estiver inserido. (BRASIL, 2007b).

A missão do CAPS AD na assistência aos usuários de droga foi mencionada, sendo ressaltada a responsabilidade do serviço por estratégias de promoção à saúde e redução de danos voltadas a essa população, conforme destaca nos discursos dos coordenadores:

'[...] Pelo que a gente faz, mais ou menos, é dar assistência ao usuário de álcool e droga [...] e ser referência pra cidade.' (Coordenadora – entrevistada 4)

'[...] O que a gente estabeleceu como missão, seria o acolhimento às demandas de usuário de álcool e outras drogas e a questão da violência.' (Coordenador - entrevistado 1)

'[...] Atender as pessoas, dar assistência de saúde, promoção e redução de danos a pessoas que abusam ou são dependentes de álcool e outras drogas. De pessoas que têm problemas de moderado a grave. E também tá desenvolvendo na saúde, nas parcerias, essa questão do cuidado pro usuário de álcool e outras drogas. Então, capacitando e matriciando outras redes de cuidado.' (Coordenador – entrevistado 2)

As políticas atuais sobre saúde mental e dependência química definem o CAPS AD enquanto espaço especializado no atendimento de casos moderados e graves de abuso e dependência de substâncias psicoativas. No entanto, enfatizam a necessidade de haver articulação e integração entre ele e os outros serviços da rede de saúde, de modo a garantir uma assistência ampliada à referida demanda. (BRASIL, 2005a; BRASIL 2003).

Atualmente, também, tem sido discutida e incentivada a vinculação entre as equipes da Estratégia Saúde da Família e do Centro de Atenção Psicossocial, de modo que a

primeira funcione como equipe de referência, recebendo apoio da segunda para a resolução de casos relacionados à saúde mental. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Um dos coordenadores deixa claro, em suas colocações, que também é missão do CAPS AD estar se vinculando às demais redes de cuidado, capacitando-as para o cuidado com os usuários de droga. Mediante as observações, percebeu-se que a equipe do CAPS AD da Regional IV já estava engajada no processo de apoio matricial, ofertando, juntamente com o CAPS geral e infantil, suporte de saúde mental a algumas equipes de saúde da família daquela Regional. As equipes dos CAPS AD da Regional I e III estavam começando a ser capacitadas para atuarem no referido processo e já tinham realizado alguns contatos com as unidades básicas de saúde da família de suas respectivas regionais.

Não se observou no CAPS AD da Regional V, durante o período em que a pesquisa esteve sendo efetivada no local, referência do coordenador ou dos profissionais ao apoio matricial; percebeu-se, também, que um grupo de profissionais desenvolvia uma prática mais centrada no espaço interno do serviço.

'[...] Aqui, em relação ao nosso serviço, a nossa maior proximidade do posto de saúde, é muito mais no sentido posto – a gente do que a gente – posto, certo? É... claro que todo tempo que a gente passou sem psiquiatra, as unidades que detêm um profissional específico desse tipo, que são duas na Regional, eles deram um apoio muito grande pra gente. Então, assim, nós conseguimos manter uma boa parceria com eles pra que eles pudessem tá atendendo as nossas demandas mais urgentes, certo? Mas assim, normalmente, pacientes que têm uma dificuldade maior da atenção básica abordar, por conta da drogadição, eles solicitam muito da gente a parceria, que no caso principalmente da tuberculose, é um dos casos principais que a gente tem, onde eles vêm muito buscar a gente, porque o drogadicto tem uma dificuldade grande de se manter nessa poliquimioterapia.' (Coordenador - entrevistado 1)

De acordo com o relato acima, pôde-se observar a necessidade da existência do processo de referência de um serviço para o outro. Não são estabelecidas ações em conjunto entre as equipes de saúde mental e de saúde da família, pois a relação da ESF com o CAPS AD é de dependência e não de integração e atuação conjunta.

O próprio termo 'parceria' sugere uma ação pontual, onde existem intervenções breves, objetivando sanar problemas de saúde mental surgidos. Já a 'articulação de ações' remete-se à lógica do trabalho em conjunto, da construção e compartilhamento de conhecimentos entre as equipes e a busca de uma assistência em saúde mental resolutiva e eficaz no contexto da atenção básica. (LANCETTI, 2001; OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Com relação aos projetos terapêuticos dos serviços, os coordenadores relataram que esses documentos estavam em processo de reestruturação e reconstrução, precisando de novas análises e atualizações.

'[...] o nosso projeto terapêutico, ele foi feito, inicialmente, por mim, pela enfermeira e pelo psicólogo. O que acontece? Ele foi, com o decorrer dos anos, ele foi refeito, ele foi feito por uma pessoa, a assistente social, que ela era coordenadora da Regional na época [...]. Este projeto foi todo refeito por ela; ela está com ele, está apresentando em todas as unidades, só que, por coincidência do destino, nós não tivemos a oportunidade, ainda, de rever esse projeto terapêutico refeito.' (Coordenadora – entrevistada 3)

'É, isso foi há algum tempo, mas ele tá, inclusive eu estou refazendo até por um, por um processo desencadeado pela própria supervisora. E aí, eu, a gente tá fazendo. Foi feito alguns grupos pra discussão de alguns temas pra que a gente reformulasse o projeto terapêutico. Não está concluído ainda. A gente tá em encaminhamento ainda.' (Coordenador – entrevistado 2).

Conforme Souza (2007) o projeto terapêutico de um serviço como o CAPS visa oficializar os elementos presentes na estrutura, na dinâmica de funcionamento e no embasamento teórico do serviço. Por considerar essa formalização importante, chegou-se a solicitar dos coordenadores documentos que explicitassem os objetivos do serviço, suas diretrizes, recursos humanos e físicos disponíveis, dentre outros pontos relevantes concernentes às normas, rotinas e regimentos de cada CAPS.

No CAPS AD da Regional I havia um cronograma atual das atividades desenvolvidas na semana, relacionando-as aos profissionais responsáveis. Também se teve acesso a um suposto esboço do projeto terapêutico do serviço apresentando os tipos de atividades realizadas, as técnicas e estratégias utilizadas para a execução de cada uma e o público-alvo.

O CAPS AD da Regional III possuía o projeto que foi feito na época da implantação e estruturação do serviço, ou seja, em 2006. Nesse documento se encontrou explicitado uma breve introdução sobre a problemática do uso de drogas na atualidade, com enfoque no município de Fortaleza-CE, e a justificativa para a implantação de um CAPS AD naquela Regional. Logo em seguida, a área de abrangência do serviço foi caracterizada sucintamente e foram trazidos os objetivos, geral e específicos, e a descrição das atividades propostas, da equipe de trabalho, recursos materiais e estrutura física disponível na época.

Além do projeto de implantação, o CAPS AD da Regional III também dispunha, em local acessível, do cronograma atual de atividades desenvolvidas semanalmente, de informativos detalhando os grupos promovidos, com algumas de suas características, assim

como outros documentos explicando as atividades desenvolvidas dentro e fora do serviço, alguns desafios e propostas surgidas.

O CAPS AD da Regional IV estava reconstruindo e atualizando seu projeto terapêutico e não se teve acesso aos cronogramas de atividades, normas, rotinas ou regimentos. Soube-se quais atividades eram desenvolvidas cotidianamente mediante informações obtidas na recepção e pelas observações sistemáticas da dinâmica de funcionamento.

No CAPS AD da Regional V, teve-se acesso ao esboço de um projeto terapêutico do serviço para o ano de 2008, contendo alguns pressupostos teóricos norteadores da prática; missão; metas para aquele ano; objetivos, geral e específicos; e metodologia de trabalho. Também foi conseguido o regimento interno elaborado em abril de 2008, norteando a conduta dos usuários inseridos no serviço, bem como a prática da equipe multiprofissional.

Mediante as observações feitas nos referidos documentos, foi constatada uma ênfase maior no desenvolvimento de atividades intrainstitucionais. A realização de atividades extra CAPS foi citada, não havendo, contudo, informações específicas e detalhadas acerca da metodologia utilizada para seu desenvolvimento. Alguns trabalhos comunitários foram expostos como metas ou propostas a serem alcançadas, sendo pontuadas estratégias para suas efetivações.

Tal aspecto mostra que as práticas desenvolvidas nos CAPS AD vêm recebendo, aos poucos, influências de um modelo territorializado que valoriza, sobretudo, os aspectos sociais do adoecimento, não concebendo um cuidado em saúde mental desvinculado do trabalho com as esferas familiar, comunitária, político-jurídica, dentre outras. (COSTA-ROSA, 2000; AMARANTE, 2003).

Dentre os elementos teóricos norteadores do conjunto de atividades desenvolvido nesses serviços, os coordenadores ressaltaram aqueles presentes na política atual de atenção ao usuário de droga, tais como: prevenção do uso de drogas, a integralidade da assistência e a articulação de ações entre setores diversos, conforme discursos abaixo:

‘Olha, eu acho que a gente precisa trabalhar muito a prevenção; nós temos muito o que fazer nessa prevenção, porque eu acho que só tratamento, só os CAPS e só essas comunidades terapêuticas não vão salvar nossos adolescentes, nosso público que procura não.’ (Coordenadora - entrevistada 4)

‘Você tentar trabalhar com a questão da integralidade. Trabalhar não só pela visão de doença, e você trabalhar em articulação com, de uma forma intersetorial também.’ (Coordenador – entrevistado 2)

'O PEAD, [...] ele fala sobre alguns serviços que vêm pra dar um suporte ao CAPS, por exemplo, o centro de convivência, as casas de passagem, o NASF, que já iniciou, os leitos de desintoxicação, que inclusive aqui na nossa Regional, eles já começaram a funcionar [...]. Então, assim, tudo isso faz parte de uma política e vem pra dar um suporte ao CAPS [...].' (Coordenadora - entrevistada 3)

A intersetorialidade, a integralidade da assistência e a prevenção são questões amplamente discutidas pela Política Ministerial para a Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas. (2003).

O preceito da intersetorialidade remete-nos à necessidade de interação entre diversos setores, tais como: saúde, justiça, educação, social, dentre outros. Atuar intersetorialmente significa trabalhar através de articulações com a sociedade civil, sindicatos, associações, organizações comunitárias e universidades em prol da defesa e promoção de direitos e de controle social, através da integralidade das ações. (BRASIL, 2003).

Por sua vez, para se prestar assistência integral ao usuário de droga, é necessário concebê-lo enquanto componente de uma rede social. Assim, poderão ser planejadas intervenções embasadas na visão integrada dos campos da educação, assistência e reabilitação. O foco da atenção será, portanto, a pessoa, e não seu problema, o que acarretará a participação de usuários, bem como de alguns membros da comunidade em que ele se insere, junto aos profissionais de saúde e aos representantes governamentais, objetivando a definição das responsabilidades de cada um na problemática do consumo de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2003).

Quanto à prevenção, observa-se que o foco da referida política incide mais sobre a redução de agravos, do que na redução do consumo propriamente dita. Sendo assim, a perspectiva da Redução de Danos surge como estratégia de planejamento das propostas de prevenção, visando a redução da frequência e intensidade do consumo ou, ainda, a redução das consequências do consumo abusivo. (BRASIL, 2003).

Todos os coordenadores relataram conhecer aspectos pertinentes à Política de Redução de Danos, afirmando que esta também norteava a assistência prestada à clientela do CAPS AD. No entanto, alguns gerentes não descartaram o desenvolvimento de atividades com enfoque no processo de abstinência, por ser, muitas vezes, algo solicitado pelos próprios usuários e familiares.

A ampliação da rede assistencial voltada aos usuários de droga também chegou a ser ressaltada como questão importante trazida pela política atual de atenção a essa população.

O Ministério da Saúde vem percebendo a importância da problemática das drogas no contexto atual e propondo medidas capazes de gerar soluções eficazes.

O Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD), lançado em 2009, é uma medida do Ministério da Saúde que prevê o aumento de espaços de apoio para os CAPS AD, tais como: os leitos de referência para tratamento de álcool e outras drogas em hospitais gerais, as casas de passagem, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os centros de convivência para usuários de álcool e outras drogas. (BILAL, 2009).

Observa-se o quanto isso poderá beneficiar as redes de atenção e apoio ao usuário de droga em diversos municípios do Brasil, pois os CAPS AD não ficarão sobrecarregados, podendo se articular aos demais pontos de uma rede de serviços de saúde. O município de Fortaleza, inclusive, além de contar com seis CAPS AD e diversas equipes da Estratégia Saúde da Família, possui, também, hospitais-dias para pessoas com problemas de abuso e dependência de drogas, unidade de desintoxicação em hospitais psiquiátricos e sete leitos para o tratamento da dependência química distribuídos em hospitais gerais. O que possibilita a articulação dos CAPS AD com outros espaços de tratamento. (TONIATTI, 2008).

É importante destacar que o estudo de Lima (2009), realizado com participantes de um Grupo de Alcoólicos Anônimos em Fortaleza, constatou o esforço dessas pessoas em estarem se articulando com os espaços pertencentes aos setores diversos da sociedade, tais como: outros grupos de autoajuda, instituições educacionais (escolas e universidades), de saúde (unidades básicas de saúde, CAPS, hospitais, entre outros) e religiosas, além da comunidade de forma geral.

Dentre as ações intersetoriais desenvolvidas pelos partícipes daquele grupo destacaram-se a distribuição de material informativo (cartões, panfletos ou cartazes), realização de palestras, reuniões abertas ao público e conversas informais. Contudo, a pesquisa não evidenciou nenhuma iniciativa de articulação dos dispositivos do setor saúde com o AA, o que, segundo Lima (2009), poderia sugerir pouco conhecimento e reconhecimento por parte dos profissionais da área acerca do trabalho desenvolvido nesses grupos.

5.1.2 Atividades desenvolvidas e suas repercussões

As atividades desenvolvidas pelos coordenadores são, predominantemente, administrativas, ligando-se à supervisão das práticas da equipe multiprofissional, organização e controle dos recursos materiais utilizados nos atendimentos individuais e grupais, participação no gerenciamento dos recursos financeiros destinados ao serviço, dentre outras funções. Dois gerentes, no entanto, afirmaram desenvolver, também, atividades assistenciais, devido ao fato de existir uma demanda de usuários maior que o quantitativo de profissionais disponíveis e por haver uma tentativa de preservação do vínculo terapêutico profissional-usuário.

Todos os quatro CAPS AD possuíam dinâmicas de funcionamento semelhantes. Normalmente, os usuários ou os familiares procuravam o serviço livremente ou vinham encaminhados de um outro local para receber atendimento específico. De segunda a sexta, nos turnos da manhã e da tarde, havia um profissional escalado para realizar o acolhimento das pessoas que adentravam o serviço em busca de ajuda profissional ou informações.

Observou-se que o profissional responsável pelo acolhimento atendia aos usuários que chegavam ao CAPS AD pela primeira vez, como, também, àqueles usuários que abandonaram o tratamento e estavam retornando ao serviço para recomeçar, e aos que estavam em tratamento, mas, passavam por alguma dificuldade, precisando de um apoio maior em determinado dia. Todas as pessoas eram sempre atendidas, inicialmente, na recepção, e de lá encaminhadas conforme suas necessidades para os diversos tipos de atendimento disponibilizados no serviço, sendo eles: atendimentos para admissão ou readmissão, consultas individuais com diferentes categorias de profissionais, atendimentos grupais, oficinas, visitas domiciliárias, dentre outros.

Pitta *et al.* (1995) definem o acolhimento como modo humanizado de prestar assistência a um usuário ou familiar. Assim sendo, o acolhimento se liga diretamente à relação trabalhador/usuário, sendo que o processo de humanização no setor saúde deve percorrer todos os níveis profissionais, ou seja, do porteiro até o gerente do estabelecimento.

Miranda e Miranda (2002) comparam o acolhimento, principalmente, com a relação humana de ajuda. Conforme os autores, a relação de ajuda ocorre quando há o encontro de duas pessoas, o ajudador e o ajudado, dessa forma, há acolhimento quando o ajudador acolhe o ajudado com receptividade e interesse, de modo a fazer com que o último se sinta valorizado.

Com relação aos usuários de primeira vez, quando os casos eram detectados como de responsabilidade do CAPS AD, o profissional do acolhimento providenciava a abertura de prontuário, através do preenchimento de um roteiro de entrevista, objetivando estruturar o histórico da pessoa até sua chegada ao CAPS AD, a fim de que houvesse uma posterior elaboração conjunta do projeto terapêutico embasada nas necessidades da pessoa.

Os discursos, a seguir, confirmam os achados obtidos durante as observações da dinâmica de funcionamento dos CAPS AD:

‘É, o paciente vem encaminhado de algum ambulatório ou mesmo de uma demanda espontânea. Ele chega aqui e é acolhido na recepção, logo de início. É, no momento que ele chega, [...] já abre o prontuário, já é encaminhado pra o profissional que está na escala do dia, o técnico, de nível superior, e é feita uma avaliação por cima do prontuário dele. Quem fez a anamnese. [...]. É feito seu plano terapêutico.’ (Coordenadora – entrevistada 4)

‘O serviço, ele é aberto, no sentido de que as pessoas podem chegar livremente. Ou por encaminhamento ou porque tiveram notícias. E aqui elas passam, quando elas chegam. É, todos os períodos tem profissionais que fazem, só não na sexta pela manhã, que é dia de reunião. Mas, todos têm um profissional pra tá fazendo essa avaliação de quem tá chegando. Pra ver, tá vendo se ele precisa tá nesse serviço, se ele precisa ser encaminhado pra outro serviço que dê conta da demanda dele.’ (Coordenador – entrevistado 2)

Os clientes que retornavam ao tratamento depois de um período de abandono e aqueles que, em tratamento, tinham dificuldade para cumprir as atividades propostas em seu projeto terapêutico, por qualquer motivo, eram novamente reavaliados durante um processo de acolhimento, tendo suas prescrições reformuladas e/ou sendo encaminhados para outros serviços capazes de oferecer um complemento à terapêutica dispensada pelo CAPS AD.

Assim como proposto pela Portaria SAS 189/02, a qual regulamenta a Portaria GM 336/02 e cria o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, em todos os quatro CAPS AD investigados haviam usuários sendo acompanhados de forma intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Os usuários intensivos têm quadros clínicos que predispõem a um cuidado diário por parte da equipe, até vinte e cinco dias no mês. Porém, não quer dizer que sejam usuários que tenham que participar das atividades do CAPS nos dois turnos do dia ou todos os dias. Ele poderá, por exemplo, ser cuidado intensivamente participando apenas dos atendimentos individuais ou grupais, disponibilizados no serviço, durante um período. Vale ressaltar que as formas de cuidado não estão vinculadas aos turnos de funcionamento do serviço, mas aos cuidados clínicos e projetos terapêuticos dos usuários. (BRASIL, 2004a).

O mesmo raciocínio aplica-se aos cuidados semi-intensivos e não intensivos. Conforme a Portaria SAS 189/02, o cuidado semi-intensivo consiste em um conjunto de atendimentos oferecido pelo CAPS ao usuário, que por sua condição clínica, necessita de uma atenção frequente, de até doze dias no mês. Entende-se por atenção frequente o conjunto de cuidados dispensados ao usuário que necessita participar algumas vezes por semana das atividades propostas pelo CAPS. Já os cuidados não intensivos constituem o conjunto de atendimentos prestados mensalmente ou quinzenalmente a um usuário que necessita de um acompanhamento mais espaçado, ou seja, de até três dias no mês. (BRASIL, 2004a).

Foi observado que o usuário dos CAPS AD era inserido nas atividades existentes de acordo com a forma de assistência prescrita em seu projeto terapêutico. Cada Serviço dispunha de atendimentos individuais, grupais, visitas domiciliares, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias e de suporte social, dentre outras, voltadas tanto aos usuários do serviço como para seus familiares e para a comunidade de um modo geral.

As falas trazidas a seguir dão evidências dos tipos de atividades desenvolvidas nos CAPS AD:

‘Nós temos atendimentos individuais da psicologia, da terapia ocupacional, atendimento médico, é, atenção de enfermagem. O atendimento da enfermagem, nós temos o atendimento do serviço social, atendimento farmacêutico. Grupos, nós temos tanto os grupos terapêuticos, produtivos e temos também as oficinas. Oficinas produtivas ou oficinas terapêuticas.’ (Coordenadora – entrevistada 4).

‘[...] Temos atendimentos individuais que passam por atendimentos, é, psicoterapia, nós temos atendimento psiquiátrico, atendimento clínico, atendimento de orientação em questão de assistência social. Nós temos, bem, é, cuidados feitos pela enfermagem [...]. Nós temos, aí temos atividades de grupos que envolvem culturais. [...] tem grupos de arte, oficina de flauta. Nós temos o CINE CAPS, que tem exposição, discussão sobre cinema, sobre filmes. Nós temos atividades do horto [...]. Nós temos grupos de arteterapia, que as pessoas trabalham com a expressividade. Nós temos um grupo de psicoterapia.’ (Coordenador – entrevistado 2).

Os profissionais dos CAPS AD investigados desenvolviam atendimentos individuais, dentre os quais se destacavam aqueles relacionados ao processo acolhimento, incluindo as entrevistas para admissão ou readmissão do usuário, e às consultas específicas de cada categoria profissional, voltadas para os usuários ou seus familiares.

As principais atividades grupais observadas nos quatro serviços foram: grupos terapêuticos com enfoque no processo de abstinência ou na redução de danos, grupos expressivos onde eram trabalhadas as técnicas provenientes da arteterapia (pintura, trabalho

com recorte e colagem, massa de modelar, música, teatro, dança, dentre outras), grupos geradores de renda, oficinas de alfabetização, grupos de apoio aos familiares, atividades socioterápicas (passeios, visitas a espaços culturais da cidade), oficinas de cultivo de plantas medicinais e grupos de debate sobre filmes e leituras específicas.

Constatou-se que há uma ênfase maior nas atividades desenvolvidas dentro dos serviços. Entretanto as equipes de profissionais de todos os quatro CAPS AD já estão efetivando práticas extramuros, algumas delas, porém, mostram-se mais intensas em alguns CAPS do que em outros.

O CAPS AD da Regional IV está desenvolvendo dois projetos com enfoque em atividades comunitárias, um deles é voltado à inserção social de pessoas que trabalham como catadoras de lixo. Assim, os profissionais têm ido aos depósitos de reciclagem da Regional IV, tentando dialogar com esses trabalhadores e conhecer suas demandas, aqueles que têm demanda específica de CAPS AD são inseridos no serviço e os demais são encaminhados para outros espaços conforme suas necessidades.

Alguns profissionais desse CAPS, também, se engajaram no trabalho de promoção à saúde em uma comunidade possuidora de diversos problemas sociais, econômicos e de saúde. Alguns contatos estavam sendo gradativamente estabelecidos com as lideranças locais, objetivando a criação de um ambiente para se atuar com a promoção da saúde e prevenção de doenças junto aos moradores do local.

O CAPS AD da Regional III também tem efetivado ações nas comunidades de sua área de abrangência e incentivado a participação comunitária em debates necessários à melhoria do serviço. Todos os anos é realizado um seminário que conta com a participação de profissionais do serviço, coordenador, representantes da Secretaria Municipal de Saúde, usuários, familiares e alguns membros das comunidades localizadas na área de abrangência do CAPS. (FORTALEZA, 2008b).

O seminário de 2008 objetivou mostrar ao público as ações desenvolvidas pelo CAPS AD em escolas, equipamentos sociais e outras instituições da Regional. Foi também nesse evento onde a equipe multiprofissional do referido serviço apresentou as ações desenvolvidas em parceria com a Estratégia Saúde da Família e os postos de saúde, discutindo acerca das estratégias de prevenção ao uso de drogas na Rede Municipal de Saúde. (FORTALEZA, 2008b).

Os CAPS AD das Regionais I e V têm desenvolvido atividades comunitárias pontuais, entrando em contato com postos de saúde, escolas e equipamentos sociais, a fim de planejar e implementar trabalhos de promoção da saúde e prevenção de agravos, visando o

alcance da demanda que não chega espontaneamente até os serviços específicos para álcool e outras drogas.

Vale ressaltar que o trabalho integrado dos CAPS AD junto às ESF vem sendo estruturado no município de Fortaleza, proporcionando uma gradual capacitação dos profissionais da atenção primária no manejo de casos relativos ao consumo de substâncias psicoativas. (ZAKABI, 2009).

É importante destacar, ainda, que nos quatro CAPS AD investigados, tanto os usuários quanto seus familiares, eram estimulados a participar de reuniões quinzenais ou mensais com os funcionários. Nesses encontros a clientela tinha a oportunidade de fazer sugestões para a melhoria dos serviços, exporem dificuldades em relação ao tratamento e participar ativamente, através do voto, de decisões que repercutiam em seus atendimentos. Esse fato relacionava-se diretamente ao princípio de controle social e respeito ao saber da população trazido pela Política de Saúde Mental do Município de Fortaleza, em que é reforçada a importância de haver um modelo assistencial de caráter comunitário e construído de forma participativa. (FORTALEZA, 2009).

O Ministério da Saúde destaca a importância das assembleias ou reuniões de organização em serviço para o adequado funcionamento do CAPS. Essas atividades devem ocorrer, de preferência, semanalmente, reunindo técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos podem discutir, avaliar e propor encaminhamentos para o serviço. Desse modo, o atendimento do serviço tem possibilidades de ser melhorado em virtude das discussões de problemas e surgimento das propostas de soluções acerca da convivência, as atividades e a organização do CAPS. (BRASIL, 2004b).

Além das reuniões realizadas com profissionais e usuários, existiam encontros apenas com os profissionais e coordenadores. Neles eram discutidas questões relacionadas a alguns clientes específicos ou à clientela de uma forma geral, também eram colocados em pauta assuntos relativos à dinâmica de funcionamento do serviço e aos problemas administrativos surgidos em cada local. A equipe era estimulada a refletir sobre as situações expostas, propondo soluções em conjunto. Esses encontros eram feitos semanalmente.

É importante colocar que durante o período em que foi realizada a pesquisa nos serviços, não foi observado o envolvimento de profissionais ou membros de outras instituições nas atividades desenvolvidas nos CAPS AD. Todavia, soube-se que um dos serviços procurava se articular ao AA de sua área de abrangência, promovendo a participação de um membro dessa instituição em uma das atividades voltadas para a clientela alcoolista.

Com relação ao envolvimento dos profissionais dos CAPS AD em outros espaços, percebeu-se que o uso recente da estratégia de matriciamento em Fortaleza estava possibilitando a aproximação das equipes de saúde mental com as de saúde da família. Aspectos pertinentes a essa interação, bem como a inserção dos profissionais dos CAPS AD em outros espaços de atenção à clientela usuária de droga serão detalhados no capítulo 7.

O sistema de referência e contrarreferência era limitado, havendo um predomínio dos encaminhamentos (referência) quando os casos não podiam ser resolvidos ou acompanhados nos CAPS AD. Normalmente, eram aqueles clientes que se encontravam em crise aguda e precisavam de internação para se estabilizarem, porém não era percebido um retorno sistemático das instituições que recebiam esses encaminhamentos. A equipe do CAPS AD recebia notícias do cliente quando este retornava ao serviço para dar continuidade ao seu tratamento.

Todos os coordenadores consideraram as ações desenvolvidas pelo CAPS AD como positivas e propiciadoras de mudanças exitosas no estilo de vida daqueles que aderiam ao tratamento. Entretanto, foi relatada a dificuldade de desvinculação do usuário no serviço, fato gerador de dependência do tratamento dispensado e de consequente dificuldade na reinserção social. Também foi referida a pouca adesão de familiares junto ao tratamento dos usuários e problemas em acessar os dependentes de drogas ilícitas, como o *crack*, para o tratamento no CAPS. Em destaque os discursos abaixo:

‘[...] É como se eles substituíssem a dependência da droga pela dependência do CAPS. Então, aqui, pra eles, é como se fosse: “a salvação da minha vida é o CAPS”. E a partir do momento que a gente diminui o projeto terapêutico dele, as atividades dele aqui, eles começam a ter recaída.’ (Coordenadora – entrevistada 3)

‘[...] O que a gente percebe é que, na verdade, depois que eles conseguem ressignificar um pouco dessa substância na vida deles, a dificuldade maior seria manter essa ressignificação sem o serviço.’ (Coordenador – entrevistado 1)

‘Como eu te falei, nós hoje temos 1753 prontuários. Se eu não me engano, pro grupo de família vinha em média dez. Então, você vê a disparidade que é [...]. Olha, eu não vou dizer que o engajamento é algo grande. Não é. Mas, as que vêm, realmente, elas acabam criando vínculo.’ (Coordenadora – entrevistada 3)

‘[...] Temos algumas dificuldades pra acessar alguns usuários, que são usuários de crack, especialmente, que vêm no serviço e às vezes permanecem pouco tempo.’ (Coordenador – entrevistado 2)

É importante que os CAPS AD continuem investindo em estratégias que visem o estreitamento de vínculos entre a população usuária de droga e suas redes sociais de apoio, de modo que o serviço especializado de tratamento ao usuário de droga não seja visualizado como única perspectiva de incentivo à promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento.

As equipes multiprofissionais dos CAPS AD devem mapear, em conjunto com os usuários assistidos, os possíveis componentes de suas redes sociais de apoio, de forma a poder conhecer os tipos de vínculos estabelecidos e a construir estratégias para melhorar as relações interpessoais e utilizar possíveis recursos comunitários no processo de reabilitação psicossocial e reinserção social.

Troncoso, Alvarez e Sepulveda (1996) afirmam que as redes sociais, por serem fontes de apoio social, relacionam-se diretamente à saúde física e psíquica de um sujeito. Sendo assim, quanto mais diversas forem as relações e quanto mais ambientes forem abrangidos, maiores e mais variados serão os recursos psicossociais existentes na rede social e, em consequência disso, menos vulnerável a pessoa, no caso, o usuário de droga, estaria frente a uma recaída.

A análise da estrutura dessas redes tem importância significativa na orientação à reabilitação e tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Intervir junto a esses sujeitos holisticamente, visualizando um contexto amplo no qual se inserem, permite uma organização das experiências pessoais e grupais que, após serem discutidas e analisadas, propiciarão estratégias de intervenções pertinentes aos diversos contextos. (TRANCOSO; ALVAREZ; SEPULVEDA, 1996; SLUZKI, 1997).

Considera-se, também, que a continuidade da efetivação de atividades comunitárias seja essencial para o trabalho com as redes sociais das populações assistidas. Assim, é fundamental que os CAPS AD, enquanto serviços de base territorial, invistam, cada vez mais, em estratégias de atuação junto às comunidades de suas áreas de abrangência, de modo que as equipes profissionais possam planejar estratégias de intervenção baseadas na realidade vivenciada fora dos serviços.

As políticas públicas atuais sobre drogas têm como foco a reabilitação psicossocial e a reintegração do usuário de droga em sociedade e deixam claro que o trabalho interdisciplinar efetivado pelos profissionais de saúde mental, bem como as articulações feitas entre os CAPS AD e os recursos disponíveis nas comunidades são imprescindíveis para se proporcionar uma assistência integral ao usuário de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2003; BRASIL, 2005a).

No município de Fortaleza percebe-se a inexistência de uma rede sistemática de espaços voltados para o atendimento e suporte do usuário de droga. Os CAPS AD têm tentado, através do apoio matricial, articular-se melhor aos serviços de atenção básica e, conseqüentemente, a outros elementos existentes nas comunidades, para garantir a integralidade da atenção aos usuários, no entanto, trata-se de uma estratégia nova e em fase inicial de implementação na cidade, que será discutida em capítulo posterior.

É necessário ser colocado que quando os coordenadores foram questionados sobre o papel do CAPS AD na rede de atenção em saúde, a maioria associou o papel do CAPS AD à promoção de tratamento à população usuária de droga. Dos quatro coordenadores entrevistados, três se reportaram ao CAPS AD enquanto serviço capaz de proporcionar atendimento específico para a demanda de álcool e outras drogas. Seu papel foi visto como importante para a maioria por ser, atualmente, o espaço principal de solução das questões de saúde relacionadas ao abuso e dependência química.

Apenas um dos coordenadores enfatizou a importância desse serviço enquanto elemento-chave de um determinado território, sendo responsável pelo suporte, capacitação e articulação dos demais dispositivos supostamente inclusos em uma rede de atenção e apoio destinada ao acolhimento do usuário de droga.

Os aspectos relacionados às dificuldades enfrentadas pelas equipes no processo de reinserção social de alguns usuários dos CAPS AD serão detalhados no capítulo 7, ao se discutir de modo mais aprofundado a prática desenvolvida pelos profissionais, juntamente com os progressos obtidos e impasses existentes.

5.2 Instalações físicas

O Quadro 1 apresenta os dados referentes à estrutura física disponível dos quatro CAPS AD pesquisados, identificadas através da observação do pesquisador e das informações obtidas junto aos coordenadores dos referidos serviços.

Quadro 1. Estrutura física dos CAPS AD das SER I, III, IV e V

Espaço físico	CAPS AD Regional I	CAPS AD Regional III	CAPS AD Regional IV	CAPS AD Regional V
Almoxarifado	1	1	1	0
Área externa para outras atividades	1	0	1	1
Banheiro para funcionários	1	4	2	1
Banheiro para usuários	3	4	2	2
Biblioteca	0	1	1	1
Cozinha	1	1	1	1
Espaços para atendimentos individuais	4	4	3	2
Espaços para atividades grupais	7	4	3	3
Espaços para reuniões	1	1	1	2
Farmácia	1	0	1	1
Recepção	1	1	1	1
Refeitório	1	0	1	1
Sala de arquivos	1	1	1	1
Sala da coordenação	1	1	1	1
Sala de enfermagem	1	0	1	1
Sala de espera	1	1	1	1
Sala de repouso e/ou convivência dos usuários	0	1	2	0
TOTAL	26	25	24	20

Fonte: CAPS AD – Regionais I, III, IV e V – Fortaleza-CE, 2009.

A Portaria G.M 336/02, do Ministério da Saúde, não dispõe acerca do espaço físico dos CAPS, mas, descreve atividades que devem ser realizadas neles, tais como: atendimentos individuais, grupais, oficinas terapêuticas, acolhimento e refeições diárias, dentre outras. Dessa forma, conclui-se que o serviço deve ser adequadamente estruturado para que possa comportar as atividades referidas. (BRASIL, 2004a).

Antes de se iniciar a descrição dos achados pertinentes à estrutura física dos serviços é preciso se levar em consideração que as casas ocupadas para o funcionamento dos

CAPS AD não foram construídas para essa finalidade e, sim, adquiridas pela Prefeitura, mediante processo de compra ou aluguel. (FORTALEZA, 2006). Devido a isso, algumas estruturas estão passando por reformas para se adequarem às necessidades exigidas por todos os CAPS, enquanto serviços comunitários de saúde mental.

Os imóveis destinados ao funcionamento dos serviços pesquisados tinham estilo residencial, estando localizados em áreas acessíveis à população, contando com ambientes favorecedores do acolhimento e hospitalidade. É importante mencionar que tais características são as preconizadas pelo Ministério da Saúde para o funcionamento de qualquer tipo de CAPS. (BRASIL, 2007c).

Todos os CAPS AD apresentavam as dependências necessárias para o desenvolvimento das atividades anteriormente citadas. Todavia, alguns espaços, apesar de existirem, estavam inapropriados para o uso, aguardando por reformas, conforme mostram os relatos de alguns coordenadores:

‘A estrutura física é excelente, o único problema que nós temos é a falta de manutenção da estrutura física, mas a estrutura física, em si, é muito boa.’ (Coordenadora – entrevistada 3)

‘[...] Nós temos três, cinco salas de grupo grandes, cinco salas que, que é consultório, porque aqui é uma casa. Era um colégio e uma casa junto, porque eu chamo de sala, não vou chamar consultório, porque não é uma estrutura de consultório, é um quarto que a gente fez consultório [...]. E temos pra ser reformado, porque não está em uso, porque não está terminado, não tem piso e está faltando a parede e tal. Temos duas salas que são tipo auditório bem grande e um vão também que é grande, que é bem amplo, que dá pra fazer reuniões.’ (Coordenadora – entrevistada 4)

‘A estrutura física que a gente mantém hoje são sete salas, nós temos pra atendimento. Uma sala que funciona a coordenação, temos uma sala de arquivo, temos uma farmácia, que no momento não tá construída. Temos uma sala que funciona como biblioteca, que é essa sala que nós estamos. Lá embaixo também tem a enfermagem, um pouco desestruturada, mas é a enfermagem [...].’ (Coordenador – entrevistado 1)

O CAPS AD da Regional I tinha uma ampla área externa que, algumas vezes, era utilizada para a realização de grupos. Na época da coleta, estava sendo construído um horto com a finalidade de se realizarem novas atividades grupais junto com os usuários, envolvendo o trabalho com plantas medicinais. Esse serviço possuía, também, uma recepção com uma ampla sala de espera e muito espaço para o desenvolvimento de atividades grupais. Esse espaço disponível possibilitava um adequado acolhimento e uma boa interação entre os usuários, compensando o fato de não existir uma sala específica para isso.

Na observação do Serviço anterior constatou-se que, algumas salas, reservadas aos atendimentos individuais, encontravam-se em precário estado de manutenção, com paredes e portas necessitando de restaurações. A sala de enfermagem estava em bom estado, inclusive, foi percebida a presença de dois leitos de observação destinados àqueles usuários que necessitavam de uma atenção maior por parte da equipe, conforme o preconizado pela Portaria G. M 336/02. (BRASIL, 2004a).

Apesar de existir uma espécie de sala de arquivo próxima à sala da enfermagem, a sala da coordenação comportava a maior parte dos documentos, dentre eles, os prontuários dos usuários, as folhas de frequência dos grupos, livros contendo as atividades desenvolvidas por cada profissional, e a maioria de outros instrumentos e impressos de caráter administrativo. Era nesse local onde ficavam, também, os dois computadores do serviço, ambos em uso por membros da equipe.

Com relação aos banheiros, havia apenas um para os usuários do serviço e outro para os funcionários. Os dois que seriam destinados aos usuários encontravam-se impróprios para o uso, aguardando reparos. As demais dependências desse CAPS foram encontradas em estado satisfatório de conservação, não exigindo grandes modificações; a maioria dos móveis, apesar de envelhecidos, estavam adequados para o uso. É conveniente ressaltar que, ainda no período de coleta de dados, começaram a ocorrer as reformas, visando à melhoria da estrutura física comentada.

O CAPS AD da Regional III funcionava em um novo ambiente, uma residência de dois andares, recentemente adquirida pela Prefeitura. Segundo o relato da coordenadora, o espaço atual era melhor, em relação ao primeiro:

'[...] Bom, como a gente mudou agora há pouco tempo, a gente morava, a gente tava instalado num local muito pequeno. Nós tínhamos três consultórios só, uma sala de grupo, uma copa-cozinha, uma sala de administração e a recepção, e um corredor. Muito pouco. Quando a gente encontrou essa casa aqui, assim, eu fiquei deslumbrada, porque realmente foi totalmente diferente.'
(Coordenadora – entrevistada 4)

De fato, esse serviço também contava com uma estrutura bem ampla, tendo diversos espaços utilizados para o desenvolvimento de atividades grupais. Contudo, as salas destinadas aos atendimentos individuais foram adaptadas, já que o local não tinha sido construído especificamente para o funcionamento de um serviço de saúde. Ao todo, se observaram quatro locais funcionando como consultórios e um que, apesar de ser destinado às reuniões dos técnicos, acabava tendo essa função quando havia muitos atendimentos

individuais no dia. Não existiam salas específicas para enfermagem e farmácia; também não foram observados leitos para desintoxicação ou repouso de usuários, conforme o preconizado para os CAPS AD na Portaria G. M 336/02; uma das salas destinadas à realização de grupos, também, era usada como sala de convivência para os usuários, quando não havia atividade grupal acontecendo. Inclusive, era um local que dispunha de televisão e colchonetes.

Esse serviço não possuía refeitório, mas tinha um amplo terraço, usado pelos usuários como sala de espera para os atendimentos, bem como espaço para a realização de refeições. Com relação à guarda de arquivos, o CAPS AD da Regional III contava com a sala de recepção para armazenar os prontuários e outro espaço destinado à biblioteca e ao armazenamento dos demais materiais administrativos, inclusive, era lá onde havia um dos computadores. O restante das dependências, bem como seus respectivos recursos físicos, encontravam-se em bom estado de funcionamento, suprimindo a demanda do serviço.

É importante enfatizar que, embora esse CAPS AD fosse o único que não dispusesse de farmácia e de sala de enfermagem, os usuários, ao necessitarem de medicações e de uma atenção mais específica, recebiam o devido encaminhamento para duas instituições de saúde que são referência daquela área, assim, a demanda de álcool e outras drogas não ficava descoberta.

O CAPS AD da Regional IV, segundo o relato do coordenador, passou a funcionar em um local onde estava instalado outro serviço de saúde. Dessa forma, sua estrutura física ainda necessitava de alguns ajustes, conforme discurso abaixo:

‘A estrutura aqui ainda precisaria de uma reforma para adequar mais a atual situação. Essa reforma foi prometida desde o princípio, mas, a gente ainda conta com a mesma estrutura do posto de saúde. Eu diria que o espaço com algumas adequações, ele seria bastante proveitoso.’ (Coordenador – entrevistado 2)

O ambiente desse CAPS é acolhedor, existindo uma sala de espera com televisão e espaço suficiente para a acomodação das pessoas. Um fato que chamou a atenção foi o de cada sala encontrar-se etiquetada com nomes propiciadores de sensações acolhedoras, por exemplo, uma das salas destinadas a grupos e ao desenvolvimento de trabalhos de terapia ocupacional tinha a denominação de Sala Criatividade. A sala de enfermagem, destinada aos atendimentos individuais e à atenção de usuários em crise, chamava-se Sala Equilíbrio. Os outros dois consultórios estavam identificados como Confiança e Otimismo, e a recepção como Alegria.

No geral, o CAPS da Regional IV comportava bem todos os tipos de atendimento que eram oferecidos, tendo espaços necessários para isso, tais como: farmácia, cozinha, refeitório, sala de guarda de prontuários, biblioteca, espaços para repouso e convivência dos usuários, horto, sala da coordenação, sala de reuniões, inclusive dispunha também de leitos para atender alguns usuários que necessitavam de cuidados mais específicos. É necessário informar que nesse serviço, igualmente a outro já referido, ocorriam atendimentos individuais em espaço estruturado para atividades grupais. Isso se dava em dias onde a demanda era muito grande, contribuindo para o uso de todos os consultórios. Normalmente eram os dias de consulta com os médicos clínico e psiquiatra. Os móveis e outros recursos físicos do local, tais como, computadores, instrumentos de limpeza e de cozinha, materiais de grupos e oficinas, dentre outros, encontravam-se apropriados para utilização, suprimindo satisfatoriamente a demanda desse CAPS.

O CAPS AD da Regional V ficava localizado em uma residência de dois andares e, apesar de contar com um amplo espaço para o atendimento da clientela, passava por um processo de reforma que impedia a utilização de muitos locais. Na época da coleta de dados, observou-se que todas as atividades desenvolvidas centravam-se no andar de cima, pois a única sala parcialmente apropriada para uso, no térreo, era a de enfermagem. Sendo assim, foi percebida uma carência de espaço para os atendimentos individuais e algumas atividades grupais, fazendo com que as salas adaptadas para desempenharem a função de consultório fossem utilizadas para grupo, em alguns momentos, e vice-versa. Tal fato pôde ser confirmado pelo relato do coordenador:

'Das salas que nós temos, dentre essas salas que eu falei de atendimento, três delas têm função ambivalente, vamos dizer assim, para atendimento individual e de grupo, que é essa azul e essas duas aqui de trás. São salas que a gente chama de atendimento, mas também de grupo.' (Coordenador – entrevistado 1)

De fato, em dias onde a procura por atendimentos individuais era muita, observou-se a utilização das salas de grupo, da sala da coordenação e de alguns espaços da varanda para suprir essa necessidade. Foi constatado também que o armazenamento e dispensa de medicamentos, bem como a realização de alguns procedimentos básicos de enfermagem, estavam sendo efetivados no mesmo ambiente onde a biblioteca do serviço estava instalada. Isso acontecia porque as salas de enfermagem e farmácia, situadas no térreo, também tinham sido contempladas com a reforma.

A sala de espera foi adaptada, primeiramente, próximo à recepção e às salas onde eram desenvolvidos os grupos e os atendimentos individuais, porém não havia cadeiras suficiente para acomodar os usuários e seus acompanhantes, uma vez que o espaço disponível era muito restrito, favorecendo aglomerações e dificultando o trânsito de funcionários e usuários do serviço. Posteriormente, esse ambiente foi adaptado no andar de baixo, que era mais espaçoso e propiciava uma melhor acomodação.

O serviço dispunha ainda de uma sala para a guarda de arquivos, cozinha, refeitório e área externa. A sala de arquivos, entretanto, foi estruturada inicialmente para ser sala de reuniões, mas devido à reforma acabou sendo utilizada para o armazenamento dos prontuários e demais documentos de caráter administrativo. O refeitório e a cozinha estavam sendo reformados e, por conta disso, as refeições oferecidas aos clientes e funcionários estavam suspensas até a completa reestruturação desses setores. A área externa era ampla e destinada às atividades ao ar livre, mas como se estava em período chuvoso, na época da coleta, todas as atividades se concentravam na parte interna do serviço.

Não se observou um local específico para o armazenamento de materiais usados em grupos, oficinas, atividades administrativas e de manutenção do serviço em geral, pois se percebeu que estes se encontravam distribuídos em algumas salas disponíveis, como uma das salas de grupo. A sala da coordenação também armazenava documentos de caráter administrativo.

Ainda com relação ao CAPS AD da Regional V, constatou-se que, ao final das reformas, o serviço teria condições mais adequadas para oferecer os acompanhamentos necessários aos usuários, já que ambientes como a cozinha; o refeitório; as salas de enfermagem, com seus respectivos leitos; a sala de farmácia; dentre outros; estariam totalmente construídos e prontos para desempenharem suas funções.

O processo de observação geral de todos os quatro serviços levou aos seguintes achados: o número de espaços para atendimentos individuais e grupais variou de dois a quatro e de três a sete, respectivamente. Todos os CAPS possuíam uma sala para a coordenação, três deles dispunham de área externa para a realização de atividades ao ar livre e espaço destinado ao cuidado de usuários em situação de crise. Os prontuários dos clientes eram mantidos preenchidos com as evoluções de cada profissional responsável pelos acompanhamentos individuais e/ou grupais, havendo também pastas com folhas de frequência assinadas pelos usuários participantes de grupos ou oficinas terapêuticas.

Alguns resultados obtidos no período de observação foram semelhantes aos encontrados no estudo de Nascimento e Gavalnese (2009), realizado com 21 CAPS

destinados ao atendimento de adultos, em São Paulo. Nessa pesquisa, também se constatou que a maioria dos serviços existentes estava instalada em edificações não construídas com este fim; somente três unidades foram criadas com essa finalidade. Segundo as autoras, metade dos serviços funcionava em espaços alugados, com instalações físicas inadequadas, principalmente para os atendimentos grupais, já que dez CAPS surgiram de adaptações de espaços criados, inicialmente, como ambulatórios, havendo uma predominância de consultórios sobre salas para atendimento grupal.

Pelo que se pôde observar a adequação dos espaços às especificidades do CAPS é ponto comum, não somente na realidade estudada, como também em outra de localidade diferente do país, conforme ressaltado anteriormente. Este fato chama a atenção, não somente pela necessidade de adequação na estrutura física, mas, porque, muitas vezes, os espaços não são próprios para o tipo de atenção que deve ser prestada aos usuários, dentro dos novos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

5.3 Recursos humanos

Foram entrevistados quatro coordenadores, dois homens e duas mulheres. Três naturais do Estado do Ceará e um do Piauí, todos graduados, sendo: dois enfermeiros, um psicólogo e uma terapeuta ocupacional; três deles possuíam idade entre 28 a 30 anos, cinco a sete anos de formados e quatro a sete anos de experiência na área de saúde mental. Apenas um tinha maior tempo de graduação e experiência na área de saúde mental em relação aos demais, ou seja, trinta e três anos de formado e vinte e nove anos de experiência em saúde mental.

A renda pessoal mensal dos três profissionais mencionados variou de quatro a cinco salários mínimos. Somente o profissional que possuía um elevado tempo de formado e de experiência em saúde mental referiu uma renda mensal acima de dez salários.

Os quatro coordenadores tinham tempo de experiência em serviços de álcool e outras drogas, e de vínculo com os CAPS AD, de mais de três anos. O tempo de trabalho dos gerentes na coordenação dos CAPS era curto e, apenas um deles, atuava há três anos nesse cargo; os demais estavam há alguns meses nessa função, existindo uma variação de dois a cinco meses. É importante ser enfatizado que os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas são serviços recentes no Estado do Ceará e estão funcionando, em Fortaleza, há

quatro anos, o que explicaria o breve tempo de experiência e vinculação referidos. (FORTALEZA, 2006, 2007).

Com relação ao tipo de vínculo com o serviço, três coordenadores estavam como contratados de uma empresa terceirizada pela prefeitura e só uma era concursada de uma instituição hospitalar vinculada ao CAPS AD, estando dispensada daquela para atuar na coordenação deste. Apenas um gerente referiu trabalhar em outro serviço da rede de saúde mental, que é um CAPS geral, e três referiram trabalhar em outros serviços ou exercerem outras atividades não relacionadas à saúde mental, tais como, atendimento domiciliar, atendimento psicoterápico em clínica privada e trabalho no terceiro turno em Estratégia Saúde da Família.

Percebeu-se como interessante o fato de dois coordenadores referirem a clínica privada e a Estratégia Saúde da Família (ESF) como espaços situados fora da rede de serviços de saúde mental, quando, na verdade, ambos pertencem a uma rede de serviços de saúde mental. Conforme o Ministério da Saúde, a ESF funciona como porta de entrada no sistema único de saúde, inclusive de saúde mental, constituindo uma unidade importante da rede. As clínicas particulares destinadas aos atendimentos psicoterápicos, por sua vez, fazem parte das redes privadas de serviços especializados, que apesar de serem acessíveis a uma pequena parcela da população podem, em algum momento, se integrarem, de modo complementar, ao Sistema Único de Saúde, mediante contrato de direito público ou convênio. (BRASIL, 1988, 2003).

Todos coordenadores foram selecionados mediante indicação feita pelos próprios membros das equipes multiprofissionais ou por profissionais ligados ao setor de atenção à saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde, conforme mostram os relatos a seguir.

'Na época, quem assumiu foi um enfermeiro, porque eu não tinha nenhuma afinidade pela coordenação. Esse enfermeiro saiu e me indicou pra ficar no lugar dele. No momento eu não aceitei, fiquei provisoriamente, até que viesse uma nova pessoa; veio a nova coordenadora, [...] passou um ano com a gente, foi chamada para um outro cargo e me indicou novamente pra coordenação. Eu, realmente, não queria aceitar, mas, assim, por uma solicitação da equipe [...] e por já conhecer realmente o funcionamento do serviço que eu aceitei.' (Coordenadora - entrevistada 3)

'Foi indicação da coordenação, Colegiado de Saúde Mental. Eu trabalhava no CAPS AD, [...] e aí foi através do meu trabalho, [...] e que eu fui me capacitando, que aí eles também me convidaram.' (Coordenador – entrevistado 2)

‘Então, na verdade, quando eu vim pra cá, eu já tinha assumido a coordenação do CAPS AD da Regional I, passei lá de 2006 até final de 2007. E aí, eu precisei de uma licença, quando eu retornei da licença, por conta do tempo que eu passei, eles já tinham colocado uma outra pessoa. Então, eu vim pra cá atuar como enfermeiro, mas a coordenadora daqui necessitou sair. Então eles pediram essa informação da equipe que acabou me indicando’. (Coordenador – entrevistado 1)

Um fato semelhante, também, ocorreu na escolha do coordenador para o CAPS AD da Regional III, pois como esse serviço tinha parceria com a Universidade Federal do Ceará, seu coordenador geral, chefe da cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina, foi o responsável pela indicação do gerente para esse CAPS.

‘Eu sou funcionária da UFC. Não sou da Prefeitura, não tenho vínculo com a Prefeitura. Por força do convênio que existia entre a Prefeitura e a UFC, [...] o chefe do Departamento de Psiquiatria, que coordenava os três CAPS, me convidou pra trabalhar, fez o convite, eu aceitei, em 2006, antes da inauguração. Aí, desde então eu estou aqui.’ (Coordenadora – entrevistada 4)

Para que haja uma escolha adequada do coordenador de um serviço de saúde é preciso que seja feito um processo rigoroso de seleção, de forma a permitir a análise do potencial do profissional, enquanto articulador das relações entre pessoas, estruturas, tecnologias, metas e meio ambiente, incluindo aí os usuários do serviço. O gerente não é apenas o responsável pelo bom andamento do processo administrativo de um serviço; tem, também, papel fundamental na mobilização e incentivo de funcionários para a oferta de uma adequada assistência às necessidades de saúde de uma dada população. (JUNQUEIRA, 1990; POTTER; PERRY, 1999).

Desse modo, é necessário que o profissional que coordena um serviço visualize o trabalho em saúde holisticamente, como interação constante e intensa de um conjunto de trabalhadores para a realização de uma tarefa assistencial, com enfoque na integralidade da assistência e na interdisciplinaridade. (CAMPOS, 1997; FORTUNA, 1999, 2003).

A compreensão do papel de coordenador/gerente, nos termos explicitados anteriormente, é fundamental para que o trabalho em equipe ocorra de modo eficaz e eficiente, favorecendo uma atenção de qualidade.

Dentre os motivos que levaram os coordenadores a optarem pelo trabalho no CAPS AD predominaram aqueles relacionados à afinidade pela área de saúde mental e à atenção ao usuário de droga. Somente um coordenador relatou que optou pelo trabalho por

receber a indicação para ocupar o respectivo cargo e por gostar de adquirir novas experiências.

Com relação à capacitação teórico-prática, todos os gerentes relataram ter feito algum curso e/ou capacitação técnica após a graduação, entre eles: cursos de especialização em saúde do idoso, psicomotricidade, terapia familiar sistêmica, saúde mental, enfermagem especial, saúde da família e comunidade; cursos de capacitação em redução de danos, saúde mental e família, psicopatologias, DST e HIV, acolhimento, resgate da autoestima; curso de formação em massoterapia, drenagem linfática e acupuntura. Foi referida, também, a participação em eventos científicos, dos tipos: jornadas de psiquiatria; congressos de enfermagem; e estágios observacionais em serviços estrangeiros de saúde mental, e de álcool e outras drogas.

Dentre os cursos citados, não houve nenhuma menção aos cursos das áreas administrativas, que são necessários como suporte aos coordenadores no gerenciamento de serviços de saúde mental. Considerou-se esse fato merecedor do trabalho e incentivo dos órgãos promotores dos cursos de capacitação, já que é essencial para qualquer gerente de um serviço, como o CAPS, saber planejar em saúde mental, com vistas a evitar o máximo de improvisações possível. Sabe-se, inclusive, que a literatura atual vem promovendo amplas discussões sobre os diversos modos de se planejar a assistência em serviços de saúde mental e que o planejamento estratégico tem se constituído em uma forma inovadora de se pensar essa atuação. (TESTA, 1995; MATUS 1996; PITTA, 2001; AMARANTE, 2002; TONINI, 2005).

Segundo os relatos a seguir, o processo de capacitação dos profissionais dos CAPS AD vem sendo incentivado e oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. As capacitações começaram desde o momento em que as equipes de saúde mental foram formadas, passando a atuarem, inicialmente, nos postos de saúde, enquanto os CAPS AD eram estruturados.

‘Quando essas equipes estavam sendo estruturadas, nós fomos muito capacitados. Na verdade, como não tínhamos usuários, o serviço não existia, o inicial foi mesmo a capacitação. Então nós passamos meses e meses estudando, capacitando a gente para um local, que era o Posto F., estudar. E aí a gente estruturou o CAPS e tudo, fizemos o projeto terapêutico do serviço e o CAPS começou.’ (Coordenadora – entrevistada 3)

‘Geralmente o curso é oferecido, vem pela prefeitura. Vem duas vagas pra cada CAPS. Às vezes vem duas ou mais. Curso de DST e AIDS, curso de Economia Solidária, é o que está acontecendo agora. Economia Solidária, DST e AIDS, teve um curso de Resgate da Autoestima, que nós fizemos. Fizemos também

para fazer, para aplicar, ser multiplicadora. São vários.’ (Coordenadora – entrevistada 4)

‘Pelo Colegiado de Saúde Mental, eles fornecem alguns cursos e já reservaram o evento para a discussão das coisas. Desde o princípio que foram instauradas as equipes de saúde mental em 2005, já houve vários eventos. Teve curso de capacitação, cursos de especialização que são propiciados. Teve uma parceria recente com o curso de especialização aqui da UECE, em que alguns profissionais foram dadas, cedidas vagas pra profissionais. Teve especialização em saúde da família [...]. Teve um curso de redução de danos, que foi fornecido pra alguns profissionais. Então, assim, tem tido alguns movimentos.’ (Coordenador – entrevistado 2)

‘Já houve cursos de saúde mental. Regularmente a secretaria de saúde acaba trazendo pela parceria que existe entre Fortaleza e o CAMH, que é do Canadá. E, normalmente, existem pessoas que vêm de lá pra cá ou vão daqui pra lá pra trocar experiências. Normalmente a gente tem esse tipo de capacitação.’ (Coordenador – entrevistado 1)

Para o trabalho com a demanda de saúde mental, inclusive a de álcool e outras drogas, é preciso se investir em programas de qualificação a fim de que os profissionais se tornem mais aptos em seu manejo. Pereira (2007) comenta que, embora tenham sido criados, até maio de 2006, mais de oitocentos CAPS, o número de serviços e de profissionais de saúde mental capacitados para atender à população brasileira ainda é pequeno.

O conhecimento de saúde mental que muitos profissionais de saúde adquirem ainda na universidade é considerado insuficiente por alguns estudos. De acordo com Pereira (2007), as universidades têm dado pouca ênfase na formação em saúde mental dos profissionais de saúde, especialmente médicos e enfermeiros. Não é raro se encontrar cursos de graduação e pós-graduação com carga horária curricular reduzida para as disciplinas de saúde mental, propondo abordagens predominantemente teóricas e centradas no atendimento hospitalar, em detrimento da atenção desenvolvida em serviços comunitários de saúde ou na própria comunidade.

Devido a isso, considera-se louvável o fato de ser propiciado às equipes de serviços de saúde mental o aprimoramento de seus conhecimentos teórico-práticos, tendo em vista que o próprio Ministério da Saúde admite que a organização de uma política de formação de recursos humanos na área da saúde mental é crucial para a consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil. (BRASIL, 2002).

Ao se abordar os coordenadores acerca do quantitativo de funcionários que compunham as equipes multidisciplinares desses serviços foi mencionada uma média de 26 trabalhadores, entre nível superior, médio e fundamental para cada CAPS AD. Deste modo,

foram encontrados de 12 a 17 profissionais de nível superior em cada serviço. Merece destaque o fato de alguns profissionais serem graduados em outras áreas, exercendo somente a função de arteterapeuta, assim distribuídos: dos 11 arteterapeutas disponíveis, 8 eram graduados em cursos como Letras, Administração de Empresas, Filosofia, Fonoaudiologia, Psicologia, dentre outros.

O total de trabalhadores de nível médio e fundamental foi de 45, existindo uma média de 11 desses funcionários para cada CAPS AD, distribuídos entre as categorias de técnicos ou auxiliares de enfermagem, funcionários de serviços gerais, funcionários de apoio administrativo e vigilante.

O Quadro 2, a seguir, mostra a distribuição dos funcionários dos CAPS AD por categoria de trabalho em cada serviço. Logo em seguida, é feita uma análise dos principais achados, relacionando-os às colocações da Portaria Ministerial 336/02.

Quadro 2. Distribuição dos funcionários dos CAPS AD por categoria de trabalho

Funcionários	CAPS AD Regional I	CAPS AD Regional III	CAPS AD Regional IV	CAPS AD Regional V
Psiquiatra	-	2	1	1
Médico clínico	2	1	1	1
Enfermeiro especialista em saúde mental	-	1	-	-
Enfermeiro	1	2	1	3
Assistente social	1	2	1	1
Terapeuta ocupacional	2	2	2	2
Psicólogo	3	3	4	3
Farmacêutico	1	-	2	1
Nutricionista	1	1	1	-
Educador físico	-	-	-	1
Arteterapeutas	4	3	1	3
Técnico e/ou auxiliar de enfermagem	3	3	1	2
Funcionários administrativos	5	3	4	3
Funcionários de serviços gerais	4	3	3	3
Total	27	26	22	24

Fonte: CAPS AD – Regionais I, III, IV e V, Fortaleza – CE, 2009.

De acordo com o Quadro 2, percebe-se que os recursos humanos disponibilizados nos quatro CAPS AD estão parcialmente em consonância com o preconizado pela Portaria G.M nº336/02 do Ministério da Saúde, que define que a equipe técnica mínima de um CAPS, modalidade álcool e outras drogas, deve ser composta de um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, quatro profissionais de nível superior situados entre as categorias de psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outra categoria necessária ao projeto terapêutico do serviço. (BRASIL, 2004a).

Com relação aos funcionários de nível médio, o referido documento preconiza um total de seis trabalhadores dispostos entre as categorias de técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. Observou-se, portanto, que os CAPS AD funcionavam com uma quantidade satisfatória desses servidores, ou seja, havia uma média de 7 trabalhadores de nível médio nesses serviços, todos exercendo funções de caráter assistencial e/ou administrativo. Os demais, situados na categoria de serviços gerais, tinham apenas o ensino fundamental.

Com relação aos profissionais de nível superior, ficou constatado que o único CAPS AD que não possuía psiquiatra era o da Regional I, contando com dois médicos clínicos, sendo que um deles possuía formação em saúde mental e o outro estava cursando a especialização em saúde mental. Dos oito enfermeiros, somente um era especialista em saúde mental e outro estava cursando a especialização em saúde mental. Com exceção disso, todos os serviços dispunham das quatro categorias profissionais sugeridas pela Portaria G.M nº336/02.

Algumas categorias profissionais estavam presentes em uns CAPS e ausentes em outros, como era o caso dos farmacêuticos, nutricionistas e educadores físicos, entretanto, cogitou-se que tais profissionais poderiam ser imprescindíveis à prática desenvolvida por uns CAPS AD e não tão essenciais para outros. No caso do CAPS AD da Regional III, não havia farmácia, os usuários que necessitavam de medicação eram referenciados a outros serviços daquela área para sua aquisição. Já uma profissional nutricionista, responsável pela solicitação e controle dos alimentos ofertados durante as refeições desse serviço, fazia-se presente durante dois dias na semana, atuando também nos CAPS AD das Regionais I e IV. O CAPS AD da Regional V, no momento da pesquisa, estava em uma reforma da estrutura física, fazendo com que sua cozinha e refeitório ficassem desativados, logo, a presença do nutricionista no local não era crucial naquele momento.

É importante mencionar que a presença de estudantes foi observada apenas no CAPS AD da Regional III, que dispunha de residentes de psiquiatria e estudantes de medicina e psicologia estagiando. No entanto, os coordenadores dos demais serviços afirmaram já terem recebido estudantes de áreas como enfermagem, psicologia e serviço social para a realização de estágios, pesquisas ou até mesmo visitas.

Os Quadros 3 e 4 complementam as informações mostradas no Quadro 2 ao trazerem a distribuição dos outros 19 profissionais que participaram do estudo, quanto a alguns aspectos sociodemográficos e de formação e experiência em saúde mental. Considerou-se pertinente analisar elementos como a renda pessoal mensal, a carga horária de trabalho semanal, o tempo de conclusão do curso de graduação e de experiência do profissional na área de saúde mental e de álcool e outras drogas, dentre outros, pois são fatores que influenciam no processo de interação entre profissionais e usuários do serviço, repercutindo na qualidade da assistência voltada aos últimos.

Quadro 3. Distribuição dos profissionais dos CAPS AD de acordo com idade (em anos), gênero, estado civil, naturalidade, profissão, tempo de graduação, renda mensal (em salários mínimos) e horas de trabalho por semana.

Dados sociodemográficos	Indicadores	N
Idade	26-30 anos	7
	35-40 anos	5
	41-49 anos	5
	Acima de 50 anos	2
Gênero	Masculino	5
	Feminino	14
Estado civil	Solteiro	10
	Casado	9
Naturalidade	Ceará	17
	Rio Grande do Norte	1
	Goiás	1
Profissão	Psiquiatra	2
	Médico clínico	2
	Enfermeiro	3
	Assistente Social	4
	Terapeuta Ocupacional	4
	Psicólogo	4
Tempo de graduado(a)	2-8 anos	9
	10-14 anos	5
	20-28 anos	5
Renda mensal (em salários mínimos)	2-6 salários	13
	7-10 salários	2
	13-17 salários	3
	Não informou	1
Horas de trabalho por semana	Menos de 20h	1
	20h	8
	30h-40h	10

Fonte: CAPS AD – Regionais I, III, IV e V, Fortaleza – CE, 2009.

A maioria dos profissionais é do sexo feminino e a faixa etária predominante está entre trinta e cinco a quarenta e nove anos; quanto ao estado civil, dez se declaram solteiros e nove casados; dezessete entrevistados são provenientes do município de Fortaleza e os outros dois dos estados do Rio Grande do Norte e Goiás. Tal fato poderia apontar para o predomínio da mulher economicamente ativa também em um cenário do setor saúde, bem como para o interesse da mão de obra formada no Estado do Ceará em atuar junto a essa população específica, o que acarreta benefícios para a assistência prestada, já que esses profissionais têm a vantagem de já conhecerem a cultura da região e seus problemas, facilitando o processo de planejamento em saúde.

Com relação às categorias profissionais encontradas, percebeu-se o predomínio dos profissionais de outras classes fora a médica, pois, em conformidade com a Portaria

Ministerial 336/02, em cada CAPS AD existia, no mínimo, um médico clínico e um psiquiatra (BRASIL, 2004a). Dessa forma, foram contatados, em sua maioria, aqueles profissionais com formação em enfermagem, serviço social, terapia ocupacional e psicologia, sendo entrevistados quinze profissionais dispostos entre as categorias citadas, além de dois psiquiatras e dois médicos clínicos.

Do total de dezenove profissionais entrevistados, uma assistente social afirmou possuir, também, graduação em Pedagogia, e um enfermeiro mencionou ter iniciado os cursos de Farmácia e Psicologia, sem, contudo, concluí-los.

Com relação ao tempo de conclusão do curso de graduação, nota-se uma divisão equilibrada, onde, nove profissionais têm de dois a nove anos de formados e dez profissionais têm mais de dez anos.

As maiores rendas mensais, treze e dezessete salários, foram referidas por médicos, seguidas das de sete e dez salários, mencionadas por profissionais de outras categorias que desempenhavam atividades em serviços fora do setor saúde.

Com relação à carga horária de trabalho no CAPS AD, três médicos referiram cumprir vinte horas semanais, havendo um que mencionou dezesseis horas. Este, por sua vez, foi o que referiu a menor renda da categoria médica, ou seja, seis salários mínimos. Os profissionais das outras classes trabalhavam de vinte a quarenta horas por semana, tendo uma renda mensal média de quatro salários.

Oliveira (1999), ao abordar o processo de construção dos CAPS no Estado do Ceará, constatou que o salário do médico psiquiatra chegava a ser duas vezes maior, em relação ao dos outros profissionais, denotando a manutenção de uma hegemonia médica. A autora afirmou que serviços como os CAPS, mesmo inspirados em preceitos da Reforma Psiquiátrica, mantinham as relações de poder, estando a soberania da *práxis* médica definida a partir da questão salarial. O ideal isonômico que diz que para categorias iguais com mesmas cargas horárias, os salários devem ser iguais, ainda não estava sendo praticado, segundo essa pesquisa.

Embora todos os médicos contatados exercessem funções em outros serviços de saúde, percebeu-se que o salário pago apenas por suas atividades nos CAPS AD, ainda era superior àquele dispensado aos demais profissionais. Sendo assim, corrobora-se com as afirmações da autora supracitada, pois, nesse aspecto, existe diferença evidente entre o profissional médico e os de outras categorias da saúde.

Abaixo se estruturou um quadro 4 de caracterização funcional do grupo estudado, apresentando informações sobre a experiência profissional e a motivação para o trabalho junto à população usuária de álcool e outras drogas.

Quadro 4. Distribuição dos profissionais segundo o tempo de experiência em saúde mental e na dependência química, tempo de atuação no CAPS AD, tipo de vínculo empregatício, motivo(s) para o trabalho, trabalho exercido em outro(s) serviço(s) da rede de saúde mental ou não.

Itens Pesquisados	Informações Coletadas	N
Tempo de experiência em saúde mental	1-4 anos	12
	5-9 anos	3
	Acima de 10 anos	4
Tempo de experiência em serviços de álcool e outras drogas	1-5 anos	17
	Acima de 10 anos	2
Tempo de atuação no CAPS AD	6 meses	1
	1-5 anos	18
Tipo de vínculo com o CAPS AD	Celetistas	15
	Concursados	4
Motivos para o trabalho no CAPS AD	Interesse pela saúde mental E/OU pelo trabalho em CAPS	13
	Afinidade pela temática de álcool e outras drogas	2
	Oportunidade surgida/possibilidade de novas experiências	4
Trabalho exercido em outro(s) serviço(s) da rede de saúde mental	Sim	4
	Não	15
Trabalho em outro(s) serviço(s) não pertencente(s) à rede de saúde mental	Sim	6
	Não	13

Fonte: CAPS AD – Regionais I, III, IV e V, Fortaleza – CE, 2009.

O Quadro 4, ao trazer a distribuição dos dezanove participantes quanto ao tempo de experiência na área de saúde mental, em serviços de álcool e outras drogas e no CAPS AD mostra que: a maioria dos entrevistados está atuando há pouco tempo na saúde mental e em serviços de álcool e outras drogas; quinze profissionais tinham menos de dez anos de

experiência em saúde mental, sendo que doze referiram estar atuando na área de um a quatro anos e que começaram atuando no CAPS pesquisado. Entretanto, os que afirmaram possuir mais de dez anos de experiência na área, já haviam trabalhado ou atuavam há bastante tempo em outros serviços de saúde mental.

Houve um predomínio de entrevistados referindo tempo de experiência de um a cinco anos em serviços de álcool e outras drogas. O período mencionado foi o mesmo para o tempo de atuação no CAPS AD, da maioria dos profissionais. Logo, conclui-se que, até aquele momento, o CAPS AD havia sido o primeiro e único serviço de álcool e outras drogas, cujo boa parte dos entrevistados tinha vivenciado. As duas pessoas que relataram ter tempo de experiência maior que dez anos em serviço de atenção à população usuária de álcool e outras drogas, afirmaram ter atuado ou atuar em hospital psiquiátrico, local onde surge a possibilidade de se prestar assistência a esse tipo de pessoa.

A maioria dos entrevistados afirmou ser contratada de uma empresa terceirizada pela prefeitura do município e que a seleção se deu através de entrevista e análise curricular. Três eram concursados de uma instituição hospitalar que tinha convênio com o CAPS AD da Regional III e foram transferidos para cumprir carga horária no serviço. Apenas um participante referiu ter se vinculado ao serviço através de concurso público promovido, há alguns anos, pela prefeitura da cidade.

O artigo de revisão de Minayo-Gomez e Thedim-Costa (2003) aponta a terceirização do trabalho em instituições como um dos pontos trazidos por produções científicas que enfocam a precarização do mercado de trabalho. Os autores mostram que os diferentes tipos de vínculos empregatícios, existentes entre trabalhadores de um mesmo serviço, podem contribuir para a geração de conflitos internos propagadores de exclusão, insegurança e hostilidade entre os componentes de uma equipe de trabalho, causando repercussões na qualidade do trabalho desenvolvido.

A pesquisa de Reis e Garcia (2005), realizada em uma instituição aberta e prestadora de assistência a usuários de droga, evidenciou a precarização de vínculos empregatícios dos profissionais que compunham a equipe de atendimento. Segundo as autoras, mais da metade dos profissionais possuía vínculo temporário, trazendo várias implicações como: rotatividade de profissionais prejudicando o trabalho interdisciplinar, interrupções de projetos voltados para o melhor atendimento da comunidade levando ao comprometimento da assistência prestada à população assistida, dentre outros fatores.

Dentre os motivos que levaram os profissionais a optarem pelo trabalho no CAPS AD, prevaleceu aquele relacionado ao interesse pela área de saúde mental e pelo trabalho em

serviços comunitários de saúde mental. Apenas dois entrevistados mencionaram como motivo principal a afinidade pela temática de álcool e outras drogas, e quatro relataram que a oportunidade surgida e a possibilidade de aquisição de novas experiências os fez decidir pela atuação nesse serviço.

Com relação à atuação dos profissionais em outros serviços da rede de saúde mental, quinze afirmaram não atuar em outros serviços da rede e quatro exerciam funções nas seguintes instituições: residência terapêutica, CAPS geral, hospital psiquiátrico e clínica particular de atendimento psicoterápico. Treze profissionais não se reportaram a atividades exercidas fora da rede e seis afirmaram trabalhar em locais não pertencentes a essa rede, tais como: Estratégia Saúde da Família, consultório particular para atendimento psiquiátrico, hospital geral, domicílio de pessoas idosas e serviço de emergência. É necessário ressaltar, porém, que alguns desses espaços, como a Estratégia Saúde da Família, hospital geral e serviço de emergência, podem ser considerados pertencentes à rede de saúde mental, já que estão sendo estruturados para receberem casos ligados à saúde mental.

Estudos vêm sendo realizados com o objetivo de focar a Estratégia Saúde da Família enquanto porta de entrada para os casos de saúde mental na atenção primária. Atualmente alguns documentos do Ministério da Saúde e pesquisas recentes ressaltam a importância das tentativas de articulações entre as ESF e os CAPS com vistas a tornar as equipes de saúde da família aptas à assistência dos distúrbios psíquicos de caráter leve a moderado. (SAMPAIO; BARROSO, 2001; BRASIL, 2003, 2005a; SOUZA, 2006; NUNES, JUCÁ; VALENTIM, 2007).

A Política Nacional de Saúde Mental também incluiu, nessa rede de atenção, os hospitais gerais e os serviços de urgência e emergência, pois, com a progressiva diminuição de leitos em hospitais psiquiátricos, os serviços anteriormente citados ressurgem no cenário nacional, objetivando a atenção integral aos casos de crise psiquiátrica, articulando-se e dialogando com os demais dispositivos de referência. (BRASIL, 2007a).

Quanto à capacitação desses profissionais para a atuação na área de saúde mental, observou-se que foram citados somente dois cursos e uma atividade, especificamente, relacionada à área de dependência química. Encontram-se listados no Quadro 5 os cursos, eventos e atividades desenvolvidas pelos profissionais após a conclusão da graduação.

Quadro 5. Cursos e atividades de formação profissional, na área de saúde mental, realizados pelos profissionais participantes do estudo.

Tipo de curso ou atividade de formação profissional mencionados	Nº de profissionais
Residência em psiquiatria	2
Especialização em saúde mental	1
Especialização em terapia familiar – abordagem sistêmica	5
Especialização em psicoterapia psicanalítica	1
Especialização em psicopedagogia	1
Cursos breves de temas relacionados à saúde mental	8
Cursos breves de temas relacionados à temática de álcool e outras drogas	13
Formação em arteterapia	3
Formação em terapia comunitária	2
Formação em psicoterapia breve	1
Formação em gestaltterapia	1
Formação em psicologia hospitalar	1
Estágio em serviços de saúde mental e de atenção a usuários de álcool e outras drogas	1
Estágio de extensão em psicologia hospitalar	1
Jornadas e congressos de psiquiatria e saúde mental	1

Fonte: CAPS AD – Regionais I, III, IV e V, Fortaleza – CE, 2009.

É importante ressaltar que alguns profissionais também se reportaram a cursos indiretamente ligados à área de saúde mental, como a residência em medicina da família e comunidade, especializações em saúde da família e comunidade, saúde pública, educação hospitalar, administração hospitalar, administração escolar, pedagogia clínica e institucional, saúde do adolescente, pesquisa científica; cursos de farmacologia aplicada à enfermagem, massoterapia, horticultura e manipulação de alimentos, e curso de extensão em regulação, controle e avaliação do SUS. Merece destaque o fato dos profissionais pesquisados terem buscado capacitações posteriores à formação básica, indicando que estão atentos à necessidade de formação continuada.

Conforme será visto a seguir, é necessário que o profissional da referida área tenha uma bagagem de conhecimento diferenciada para atuar em saúde mental, pois, muitas vezes, durante sua formação, o conhecimento teórico-prático necessário para a atuação junto a essa demanda, com base nos atuais paradigmas de saúde, não foi repassado ou foi de modo inconsistente.

Com relação aos cursos diretamente ligados à área de saúde mental, observou-se que a especialização em terapia familiar, a maioria dos cursos breves, e as formações em arteterapia e terapia comunitária foram ofertadas pela Secretaria Municipal de Saúde de

Fortaleza, através da Escola de Educação Permanente. O estágio em serviços de saúde mental e de atenção a usuários de álcool e outras drogas, citado por um dos profissionais, foi realizado no Canadá, viabilizado através de uma parceria existente entre a Secretaria Municipal de Saúde e um hospital-escola localizado na província de Ontário, reconhecido como a maior organização de adicção e saúde mental da América do Norte. (FORTALEZA, 2007).

É interessante se haver articulações entre o sistema de saúde local e aqueles de outras localidades, incluindo outros países, pois se sabe que a atenção à população usuária de álcool e outras drogas tem se dado de modo efetivo em outras regiões. Dessa forma, é importante que as trocas de experiência ocorram, visando aprofundar a análise das repercussões dessa problemática sob ângulos diferentes, possibilitando o planejamento adequado de intervenções capazes de atender as necessidades da realidade local.

Dentre os cursos breves, de assuntos relacionados à temática de álcool e outras drogas, foram citados aqueles sobre redução de danos, prevenção de DST/HIV, e uso de droga e capacitação para a assistência ao usuário de álcool e outras drogas. Os dois primeiros foram proporcionados pela Escola de Educação Permanente do município de Fortaleza e o último pelo Ministério da Saúde.

Percebeu-se, contudo, que a capacitação desses profissionais na área de álcool e outras drogas ficou muito restrita a cursos breves, com conteúdos, exclusivamente, teóricos. Um dos coordenadores destaca a necessidade de mais cursos de capacitação voltados para a problemática do uso de droga:

'Nós teríamos, também, necessidades de capacitação mais voltada pra questão de álcool e outras drogas, que a gente ainda não tem uma, assim, especializações nessa área, e aqui também no Ceará são deficitárias.'
(Coordenador - entrevistado 2).

Considera-se a afirmação do coordenador extremamente pertinente, pois, no Brasil, conforme evidenciado na observação do cotidiano dos serviços, ainda existem profissionais de saúde apresentando dificuldades no manejo da demanda de álcool e outras drogas.

Lopes e Luis (2005), ao realizarem uma pesquisa com acadêmicos de enfermagem do último período de quatro cursos de enfermagem de Universidades Públicas do Rio de Janeiro, observaram a existência de fragilidade nos conhecimentos teóricos específicos relacionados à temática de álcool e outras drogas, bem como a manutenção de atitudes e

crenças negativas em relação ao usuário de droga, o que, provavelmente, contribuiria para um manejo inadequado dessas pessoas.

Estudo semelhante foi desenvolvido por Carraro, Rassol e Luis (2005) com acadêmicos de enfermagem de quatro Instituições Federais de Ensino Superior do Sul do Brasil. Os resultados apontaram que os alunos compreendiam o conhecimento sobre o fenômeno das drogas como fundamental para o exercício da profissão e mencionaram o cuidado às pessoas envolvidas com substâncias psicoativas como uma atividade de enfermagem. Porém, foi evidenciada falta de articulação entre conhecimentos teóricos e práticos, conteúdos embasados no modelo médico e moral, e dificuldades no relacionamento interpessoal com os clientes usuários de substâncias psicoativas.

Cruz e Silva Filho (2005), por sua vez, ao realizarem uma pesquisa com seis médicos em formação, identificaram as deficiências da formação médica para a assistência ao usuário de droga e as estratégias para superá-las. Os principais resultados apontaram uma formação médica, ainda embasada no modelo biológico, o que vinha ocasionando dificuldades para lidar com o diagnóstico precoce e com condições típicas desses usuários, tais como: as recaídas, as co-morbidades, as complicações clínicas, dentre outras. A formação acadêmica foi considerada insuficiente pelos médicos para atender essa demanda. Estes relataram que, muitas vezes, têm de procurar referências que sirvam de suporte para atuarem junto a essa população, ou seja, buscam cursos, textos e colegas mais experientes. Além de lançar mão de recursos que se mostraram resolutivos em outras ocasiões, como é o caso da utilização da escuta e empatia no atendimento ao usuário de droga.

Mediante o exposto, nota-se que é imprescindível se continuar capacitando os profissionais dos CAPS AD na área da dependência química, atuando nos vários níveis de atenção e voltados para a promoção da saúde da população em geral.

Percebe-se ainda que os CAPS AD têm estruturas físicas parcialmente adaptadas para comportar as atividades desenvolvidas. A dinâmica de funcionamento é semelhante em todos os quatro serviços investigados, porém alguns têm se destacado no desenvolvimento de atividades comunitárias, que são justamente os serviços que ficam próximos e mantêm uma relação mais estreita com as universidades federal e estadual, ou seja, os CAPS AD das Regionais III e IV, respectivamente.

Foram percebidas dificuldades no acesso e no atendimento prestado ao usuário de droga ilícita e à família. É pertinente colocar que muitas questões sociais, psíquicas, culturais e até mesmo biológicas estão envolvidas nessa questão e algumas delas serão detalhadas nas discussões dos capítulos subsequentes.

As missões dos serviços, apesar de terem sido adequadamente comentadas pelos coordenadores, não se encontram explicitamente registradas nos documentos de cunho administrativo acessados. Um fato preocupante diz respeito aos projetos terapêuticos dos CAPS AD, que, em sua maioria, ainda estão sendo construídos ou reformulados. Percebeu-se que a rotatividade de coordenadores e, talvez, as falhas existentes na comunicação entre os coordenadores atuais e antigos dos CAPS AD das Regionais I, IV e V interferiram no contato e familiarização da coordenação atual com os projetos terapêuticos desses serviços.

Dois dos gerentes afirmaram que os projetos estavam passando por processos de reconstrução e um afirmou que o documento estava refeito, porém se encontrava na posse de outro gestor. Conforme dito anteriormente, conseguiram-se apenas esboços do material requerido. Considera-se essa questão preocupante, pois são os projetos terapêuticos os norteadores da dinâmica de funcionamento dos CAPS AD e sua inexistência ou seu registro incompleto impossibilita uma avaliação eficaz da prática desenvolvida, já que não há parâmetros específicos para serem usados em comparações e sofrerem reajustes.

Com relação aos recursos humanos, observou-se a necessidade constante de capacitação de categorias diversas na área de saúde mental. De nada adianta um número suficiente de profissionais para a atuação nesses serviços se o processo de educação permanente na área de álcool e outras drogas permanecer fragilizado. Dessa forma, as iniciativas da Secretaria de Saúde do Município e do Ministério da Saúde em promover cursos específicos para essa área de conhecimento serão sempre necessárias, incluindo não só o repasse de conhecimentos teóricos, mas etapas de treinamento com possibilidades diversas de exercícios práticos, debates e reflexões posteriores.

6 A PROBLEMÁTICA DAS DROGAS: REFLETINDO SOBRE CONCEPÇÕES

Neste capítulo tentou-se explorar os conhecimentos e as percepções dos profissionais acerca da problemática das drogas no contexto atual, identificando e discutindo suas concepções sobre o uso e o usuário da atualidade, a política atual de atenção ao usuário de droga e o papel do CAPS AD na rede de atenção em saúde.

Considera-se importante refletir sobre essas questões levantadas junto aos profissionais, pois se parte do princípio que o modo de ver e analisar temas intrínsecos a um determinado fenômeno pode repercutir nas intervenções destinadas a este. Dessa forma, aprofundar-se nessas concepções permitirá, posteriormente, um comparativo entre o saber relatado e o fazer desenvolvido.

6.1 Percepção dos profissionais sobre o uso e o usuário de droga

O uso da droga foi reconhecido como um grave problema social, sendo ressaltado por vários profissionais o aumento do consumo na sociedade atual e o fato dele ser realizado por pessoas de diferentes classes sociais, conforme evidenciam alguns relatos a seguir.

‘O uso de droga está sendo um caso muito sério na sociedade. Cada vez mais aumentado’ (Enfermeira – entrevistada 2)

‘O uso ele tem aumentado. Questão de substâncias, ela tem ficado bem mais diversificada. A maconha, hoje em dia, é mais ou menos como o cigarro. O crack é que tem predominado. E você vê que não tem mais a distinção de faixa etária e nem de classe social, tanto faz a pessoa ter dinheiro, como não ter dinheiro, que faz uso de álcool e outra substância.’ (Terapeuta ocupacional – entrevistada 3)

‘O que eu tenho visto é que o uso da droga está, infelizmente, disseminado em todas as classes sociais: A, B, C, D, E. E a gente vê isso com muita tristeza, muito motivado pela droga apresentar, em termos de custo, relativamente mais acessível para todas as camadas da população.’ (Médico clínico – entrevistado 14)

‘É, a gente vem percebendo que está aumentando o uso de droga, não só aqui em Fortaleza, por exemplo, nos interiores, em outros estados. Que a

gente vê muito, assim, na televisão, o que está acontecendo. Por exemplo, uma colega da gente falou que em Juazeiro também o índice de drogas está altíssimo e a gente não sabia que tinha no interior, que estava crescendo tanto. Mas está crescendo em todos os locais. (Psicóloga – entrevistada 18)

As pesquisas realizadas nos últimos dez anos no Brasil apontam que o uso de droga deixou de ser caso de polícia ou uma prática de grupos marginais para se tornar problema da sociedade moderna; indicam ainda, que o álcool tem sido a droga mais consumida e a responsável pelos maiores índices de problemas decorrentes do seu uso. No referente às demais drogas, os solventes têm aparecido como as substâncias mais usadas entre jovens, embora venha aumentando o número de estudantes que afirmam fazer uso de maconha, cocaína e alguns fármacos psicotrópicos. O aumento da disponibilidade da cocaína e o consumo aumentado de seus derivados, como o *crack*, já é realidade no Brasil (CARLINI *et al.*, 2002; GALDURÓZ *et al.*, 2004; NOTO *et al.*, 2004; CARLINI *et al.*, 2006).

É importante ressaltar que estudos já constatarem o uso de substâncias psicoativas entre alunos de escolas privadas e universidades, mostrando que o consumo tem estado presente entre pessoas de diferentes classes sociais e níveis educacionais. (SOLDERA *et al.*, 2004; TORRES, 2002; LUCAS *et al.*, 2006; LIMA, 2009).

Apesar dos profissionais entrevistados estarem cientes da ampla repercussão da problemática do consumo de drogas sobre a sociedade atual, o capítulo anterior mostrou que a maioria de suas práticas estavam voltadas aos usuários dos CAPS AD, ocorrendo o predomínio de uma atenção intra-institucional. Será visto também no próximo capítulo que a maior parte das tentativas de articulações entre os CAPS AD e outros espaços, como as escolas, os postos de saúde, a comunidade e, até mesmo o setor judiciário vêm ocorrendo de modo pontual, predominando o repasse de informações acerca do fenômeno do uso e da finalidade do serviço nas escolas e comunidades, bem como a efetivação de encaminhamentos ocorridos entre setor judiciário e CAPS AD, ou unidades básicas de saúde e CAPS AD.

Sabe-se que por se tratar de um fenômeno abrangente é necessário que seja dado um enfoque maior em ações intersetoriais, a fim de que os impasses e conflitos resultantes dessa problemática possam ser adequadamente repensados e, possivelmente, solucionados. A intersetorialidade permite a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, objetivando o alcance de uma sinergia no desenvolvimento social. (INOJOSA; JUNQUEIRA, 1997).

As ações intersetoriais são importantes, pois permitem a interação coordenada e sistemática dos mais variados campos de conhecimento, sendo construídas a partir das necessidades das pessoas e setores em enfrentar problemas concretos e dependem de produzirem resultados visíveis, mesmo parcialmente, de modo a promoverem retro-alimentação aos participantes do processo. (FEUERWERKER; COSTA; RANGEL, 2000).

O uso de droga na sociedade atual passou a ser um problema concreto, havendo um aumento da preocupação com o consumo, possivelmente por conta deste ter assumido novos significados para as pessoas que o fazem e para a sociedade como um todo.

*‘Existe atualmente um aumento da preocupação com o uso de drogas. É o aumento da preocupação. Será que esse aumento corresponde ao aumento do uso efetivo de drogas? Drogas que sempre fizeram parte da sociedade? Sempre se usou drogas, inclusive o álcool sempre foi usado pela sociedade brasileira. O problema do alcoolismo não é um problema novo, não é um problema recente, a preocupação com o alcoolismo é um problema mais recente [...]. Agora eu questionei se havia mesmo um aumento no uso de substâncias. As substâncias sempre fizeram parte da sociedade. Maconha também. Será que se usa mais maconha do que na década de 60, 70 ou, é, hippie, essas coisas? Não sei. É possível que sim, é possível que sim.’
(Médico psiquiatra – entrevistado 10)*

É fato que as drogas sempre estiveram presentes na história das civilizações, inclusive, a maioria das substâncias psicoativas ilícitas como a maconha, a mescalina e o ópio, eram utilizadas durante a prática de rituais religiosos por civilizações antigas. O álcool, entretanto, desde os primórdios tem seu uso associado a terapêuticas medicamentosas ou bebida servida em ocasiões sociais. No antigo testamento, por exemplo, são numerosas as referências ao uso do vinho. (SEIBEL; TOSCANO JÚNIOR, 2001).

As mudanças sociais, econômicas e culturais dos últimos séculos, decorrentes da industrialização, das guerras, do avanço das ciências, especialmente as biológicas e médicas, e de uma intensa urbanização, dentre outros fatores, provocaram alterações importantes no modo das pessoas se relacionarem entre si. A partir de então, o aumento do consumo de substâncias psicoativas passou a progredir rapidamente nas sociedades, não mais somente por conta do fator cultural isolado, mas, também, devido a questões ligadas a aspectos emocionais, socioeconômicos, orgânicos e até mesmo à constituição química das substâncias, as quais contribuiram, e ainda hoje contribuem, para o aumento de uma vulnerabilidade das pessoas ao uso de drogas de modo intenso e desequilibrado. (CAVALCANTE, 2008).

Sabendo que a problemática do consumo de drogas é real e tem assumido, no decorrer dos tempos, um grau de complexidade cada vez mais preocupante, torna-se imprescindível que os profissionais de serviços comunitários de saúde lancem mão de articulações para viabilizar o trabalho em rede. A articulação coordenada e sistemática do CAPS AD com a escola, por exemplo, seria bastante favorável ao trabalho com a prevenção primária do consumo, já que isso aprofundaria o diálogo entre os setores da saúde e educação, possibilitando o enfrentamento conjunto de problemas relacionados ao uso de drogas pelos escolares e adolescentes.

O uso da educação em saúde poderia atuar como instrumento viabilizador da integração desses dois espaços, norteando as ações dos profissionais de saúde, professores e familiares para uma diminuição dos fatores considerados de risco para o consumo e o aumento daqueles considerados de proteção.

Townsend (2002) aponta para fatores que predisõem ao abuso de drogas, tais como os biológicos, psicológicos e socioculturais. A autora refere que não há uma teoria isolada para a explicação da etiologia do problema, porém afirma que a interação desses fatores forma um conjunto de determinantes que influencia a vulnerabilidade de uma pessoa ao consumo abusivo de drogas. Tais fatores se encontram relatados a seguir, nos relatos dos profissionais acerca do usuário de droga.

6.1.1 Fatores associados pelos profissionais ao uso de drogas

Ao se reportarem ao uso de drogas na atualidade, doze entrevistados destacaram as razões envolvidas no início do consumo. As falas enfatizaram questões psicológicas e socioculturais como as principais envolvidas na problemática, conforme relatos abaixo:

*‘Algumas pessoas ficam mais vulneráveis, começando a provar a partir de amigos e depois criam uma dependência grande e não conseguem mais sair.’
(Médico clínico – entrevistado 5)*

‘As pessoas criam uma relação com as substâncias e pela via do prazer ou pra anestesiar os problemas familiares, sociais, de vínculo’ (Psicóloga – entrevistada 6)

‘É, acho que está muito ligado a vários aspectos também relacionados ao capitalismo, a essa ideia de consumo, de resposta imediata, de ter um alívio imediato da dor, do sofrimento e de encontrar numa substância, uma forma

rápida de aliviar a dor, de calar também, porque não há muito espaço para fala na sociedade hoje em dia, e as relações de troca, de uso estão cada vez mais fortes também.’ (Enfermeira – entrevistada 7)

‘Eu vejo assim, que a droga é algo não só tão mais social, mas eu às vezes discuto, assim, que passa, às vezes, até ser cultural. Pelo fato desses adolescentes quando chegam aqui, que a gente está fazendo a entrevista de anamnese, perceber que muitos se envolvem logo cedo. Às vezes porque têm pais usuários de drogas, têm irmãos e também se sentem envergonhados. E a questão da droga acaba sendo um fator que desinibe.’ (Terapeuta ocupacional – entrevistada 13)

A multifatorialidade associada ao uso de drogas é reconhecida pelos profissionais, embora ainda se perceba ênfase nos determinantes pessoais.

Há na literatura discussões acerca dos fatores que contribuem para o uso compulsivo de substâncias psicoativas. Leite *et al.* (2005) lista uma série de motivos que podem levar a pessoa a uma experimentação e, conseqüentemente, a um possível abuso ou dependência. São eles: curiosidade, falta de diálogo entre pais e filhos, modismo, obtenção da aceitação em determinados grupos sociais, ausência dos pais, fácil acesso às drogas, valorização do proibido e do risco, convívio com pessoas que utilizam drogas, desemprego, dificuldades financeiras, e diversos outros fatores de ordem emocional e psicológica.

Acredita-se que não exista uma causa única que determine o início do consumo com sua posterior evolução para padrões de uso patológicos. Corroborar-se com o fato da gênese do consumo estar relacionada a fatores intrínsecos à pessoa, próprios de seu meio externo e pertinentes à substância em questão.

Sendo assim, se um adolescente possui uma marcada fragilidade emocional, não consegue construir mecanismos de defesa saudáveis, que possibilitem o enfrentamento de problemas cotidianos; pertence a uma família desestruturada, onde o autoritarismo ou a permissividade predominam; e passa a fazer uso frequente de bebida alcoólica nos fins de semana junto ao seu grupo de amigos; ele certamente terá mais propensão a desenvolver um padrão de uso abusivo com uma posterior instalação de síndrome de dependência caso seja comparado a outro jovem que esteja vivenciando uma condição oposta a essa.

É interessante relatar que uma quantidade significativa dos profissionais entrevistados percebe o usuário de droga como alguém influenciado por um único fator, em detrimento do conjunto deles. As percepções giraram, principalmente, em torno de fatores biológicos, psíquicos e socioculturais. Somente três profissionais afirmaram perceber o usuário de droga como uma pessoa vulnerável à ação interdependente desse conjunto de fatores. Alguns relatos a seguir mostram os quatro tipos de visões encontrados.

‘É complicado dizer assim como eu percebo. Eu acho que eu não tenho uma visão única. Tem gente que precisa de ajuda? Tem. Tem muito jovem que é por falta de limite dentro de casa? Tem. Tem muito jovem que é porque está fora da escola? Tem. Eu não fecho assim um diagnóstico.’ (Assistente social – entrevistada 11)

‘Eu vejo assim, eles são muito influenciáveis pelos amigos, procuram a droga por curiosidade, pela ociosidade, porque muitos não tem trabalho, não tem perspectiva de vida, não tem estudo, param cedo para trabalhar e se envolveram com a droga.’ (Assistente social – entrevistada 8)

‘Uma incapacidade de lidar com as situações de uma outra forma, de uma forma mais saudável. Essa é a principal queixa deles. Eles se frustram, eles não suportam lidar com essa frustração, e aí eles usam drogas pra eliminar esse sentimento de frustração.’ (Psicóloga – entrevistada 12)

‘Uma pessoa que tem um problema, que é doente, no caso dependente e que precisa de ajuda.’ (Enfermeiro – entrevistado 16)

Para Antón (2000) existem fatores relacionados à gênese do consumo de drogas. O autor divide esses fatores em pessoais, que estão relacionados às influências intrínsecas a cada indivíduo; fatores de ambiente imediato e fatores ambientais globais.

Ainda conforme o referido autor, muitos dos fatores pessoais, que constituem risco de uso de substâncias psicoativas, estão presentes no desenvolvimento normal do adolescente, tais como: aumento da influência dos colegas e amigos; busca de aceitação em um grupo; inconformismo social; tendências à busca de sensações novas e intensas, dentre outros. Por conta disso, o consumo é iniciado, normalmente, na adolescência. Somados aos fatores pessoais, os fatores ambientais imediatos e globais podem aumentar a vulnerabilidade de um sujeito ao uso das substâncias. Sendo assim, comunicação familiar deficiente, existência de conflitos familiares, atitudes educacionais incorretas dos pais, inadaptação escolar e existência de crise pessoal constituem alguns fatores sociais imediatos potencializadores da vulnerabilidade de um jovem ao consumo de drogas.

Sabe-se, também, que o ambiente global externo tem uma grande parcela de contribuição no estímulo ao uso, pois, atualmente, ainda existe uma grande disponibilidade e um fácil acesso da população às substâncias psicoativas, sejam elas lícitas ou ilícitas. A mídia contribui para a publicidade das drogas legais, pois, apesar de alguns avanços obtidos contra a publicidade em torno do tabaco, observa-se que a imprensa falada e escrita continua divulgando constantemente propagandas e anúncios que estimulam, cada vez mais, o consumo de bebidas alcoólicas. É necessário ressaltar que alguns determinantes sociopolíticos e econômicos vigentes, tais como a discriminação racial, a falta de oportunidades sociais de

trabalho e a pobreza estão envolvidos, juntamente com os outros fatores aqui elencados, na gênese desse uso. (ANTÓN, 2000).

Schenker e Minayo (2005) realizaram um estudo bibliográfico procurando investigar os fatores de risco e proteção para o uso de droga na adolescência e constataram o envolvimento e a interdependência de diversos contextos, tais como: individual, familiar, escolar, influências dos grupos de pares, midiático e comunidade de convivência, propiciando tanto o risco quanto a proteção ao uso de drogas lícitas e ilícitas.

Segundo Schenker e Minayo (2005) os contextos mencionados podem atuar como espaços de estímulos ou de prevenção do uso de drogas. Tudo dependerá das relações estabelecidas entre o adolescente e os demais elementos desses espaços. Entretanto, embora as autoras afirmem que o sujeito inserido numa rede de relações vivencia um contexto sociocultural e histórico, procuram também ressaltar a importância da família como crucial no processo de promoção da saúde e consequente prevenção do uso de drogas.

Mota (2007), em seu livro sobre dependência química, faz referência à etiologia das drogas, elegendo o modelo biopsicossocial como o mais apropriado para esse fim, argumentando que é necessário um tratamento interdisciplinar para a investigação dessa temática, já que o fenômeno é, ao mesmo tempo, biológico, psicológico e social. Dessa forma, quando se trata de questões relacionadas ao usuário de droga é preciso se levar em consideração a diversidade de fatores que envolvem a problemática do consumo, bem como a interdependência dessas questões. Visualizar o fenômeno sobre um único aspecto não atenderá às necessidades dessa população, que necessita de assistência integral, do trabalho de uma equipe interdisciplinar e de ações de caráter intersetorial.

De acordo com as concepções trazidas pelo processo de Reforma Psiquiátrica e pelas atuais políticas públicas sobre drogas, pode-se afirmar que o usuário de droga, independente de sua condição de usuário, é antes de tudo um cidadão com direito a viver em sociedade e a participar ativamente em seu processo de tratamento. Elementos relacionados à pessoa, família, sociedade e cultura devem ser levados em consideração ao se planejar a assistência destinada a esse sujeito, pois desse modo poderá haver um planejamento embasado nas necessidades da pessoa – usuário de droga, o que estimulará uma maior adesão dela ao tratamento e uma efetivação de ações promotoras da saúde e preventivas de agravos.

6.1.2 Profissionais e as políticas públicas relativas ao uso de drogas

Após se conhecer algumas concepções dos profissionais acerca do uso e do usuário de droga no contexto atual, achou-se necessário investigar seus conhecimentos sobre a política atual de atenção ao usuário de droga, já que ela foi construída a partir de aspectos amplos inerentes a essa problemática. Sendo assim, foram observados quais aspectos discutidos no documento eram mencionados pelos participantes do estudo, tornando-se possível detectar os preceitos políticos mais destacados.

A visão ampliada do usuário de droga e o contexto abrangente em que ele se insere na sociedade atual são enfocados nas principais políticas sobre drogas. Questões pertinentes à autonomia dos usuários, prevenção do uso, garantia de novos espaços para o tratamento, reabilitação psicossocial e reinserção social são trazidas nos textos desses documentos. Dessa forma, percebe-se que muitos preceitos advindos do Movimento Brasileiro de Reforma Psiquiátrica influenciaram na elaboração da Política do Ministério da Saúde de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas de 2003 (BRASIL, 2002).

Por se tratar de um documento que enfatiza a assistência prestada ao usuário de álcool e outras drogas, considerando-o enquanto cidadão autônomo, com direito a um atendimento de caráter integral e intersetorial, é importante que os profissionais de saúde, principalmente os que lidam diretamente com a problemática das drogas, estejam familiarizados com os aspectos trazidos por essa política.

Nenhum dos dezenove profissionais demonstrou conhecer a referida política; onze, dos dezenove entrevistados, reportaram-se à política de redução de danos. Entretanto, alguns aspectos trazidos na política ministerial de atenção ao usuário de droga, como a ênfase no processo de desospitalização, reabilitação psicossocial, reinserção social, e a construção e integração de novos serviços de atenção à população usuária de droga, foram abordados pelos demais participantes.

‘A gente trabalha com a Reforma Psiquiátrica, que é muito importante para eles. É porque a gente, o CAPS surgiu da Reforma Psiquiátrica. A gente não pode deixar isso em aberto.’ (Assistente social – entrevistada 8)

‘Nós temos atualmente um novo padrão de estar buscando reduzir a quantidade de internamentos e buscar integrar o usuário de droga na sociedade.’ (Médico clínico – entrevistado 5)

*‘Atualmente a gente conta com os CAPS AD para dar assistência ao usuário de droga. Na rede de saúde pública que eu conheça mesmo são os CAPS AD e ONGs que a gente faz alguma parceria para contribuir nesses tratamentos. E assim, a rede pública também, a gente conta com alguns hospitais que fazem essa parceria quando a gente precisa internar um paciente que esteja em crise.’
(Psicóloga – entrevistada 4)*

Nos discursos acima se percebe a referência feita pelos profissionais relativa às políticas públicas reduzida aos dispositivos de atenção ao usuário de droga, indicando haver pouco conhecimento sobre as mesmas.

Sabe-se que desde a década de 1970 o Movimento de Luta Antimanicomial vem tomando força no Brasil, propiciando renovações no campo da saúde mental e contribuindo para o estabelecimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira por meio da inserção da estratégia de desinstitucionalização no âmbito das políticas públicas nacionais, proposta influenciada pela Psiquiatria Democrática Italiana, de Franco Basaglia. (AMARANTE, 2008).

No entanto, a atenção inicial do processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica esteve, durante muito tempo, voltada àquelas pessoas portadoras de psicoses e neuroses, os ditos loucos. Os usuários de drogas, apesar de existirem e de receberem tratamento igualmente estigmatizante, tiveram suas necessidades repensadas mais recentemente, na III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2001.

O relatório final dessa Conferência ressalta a importância de se definir políticas públicas de atenção a essa demanda, baseadas no respeito aos direitos humanos, nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, a necessidade da criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, integrada à rede do SUS, foi notadamente priorizada em detrimento das internações desregradadas em hospitais psiquiátricos e clínicas. (BRASIL, 2002).

Após a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental e a publicação de seu relatório, o Ministério da Saúde se encarregou de elaborar uma política específica de atenção aos usuários de droga. Em conformidade ao que foi debatido durante a Conferência e com o texto da Lei Federal 10.216, de 2001, a política citada reforça a ideia de desospitalização, tendo como diretrizes a intersetorialidade e a integralidade da atenção voltada à clientela de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2003).

Atualmente, quando se discute acerca do tratamento destinado às questões pertinentes ao fenômeno das drogas no Brasil, há uma ênfase, não só na integração entre os serviços da rede de saúde, como, também, na articulação intersetorial de instituições vinculadas a várias áreas de intervenção humana. Dessa forma, a política atual mostra a

importância de se atuar em um contexto amplo, onde ações de prevenção do consumo, promoção e proteção da saúde dos usuários de álcool e outras drogas, ampliação da rede de atenção e apoio a essa demanda, e controle da oferta de substâncias psicoativas devem ser planejadas e implementadas com a participação de autoridades e profissionais competentes no assunto, e, principalmente, da sociedade como um todo. (SILVEIRA *et al.*, 2003).

Alguns relatos reforçaram que a construção da rede de atenção e apoio para o usuário de droga e a articulação de diversos setores da sociedade são importantes elementos contidos na política atual de atenção ao usuário de droga, evidenciando o conhecimento e a sensibilização de profissionais para tais aspectos, conforme discursos:

‘Tem que ser abordada de maneira multi, uma abordagem múltipla. Tem a questão da segurança, tem a questão do próprio tempo, a questão da prevenção e aí envolve educação, envolve lazer, envolve cidadania. E então, todas essas questões elas precisam ser cuidadas politicamente pelo Estado.’ (Médico psiquiatra – entrevistado 10)

‘A gente faz parte dessa rede. Dessa política, nós somos a construção dessa política ainda em construção. De uma rede em que precisa de apoio, que essa rede precisa ser realmente estendida para outros equipamentos. Nós somos somente mais um equipamento, ainda, em construção.’ (Psicóloga – entrevistada 6)

‘Temos os CAPS, temos comunidades terapêuticas que podem acolher essas pessoas também. Temos agora leitos de desintoxicação lá no Hospital N. S. G, que a gente sente que é um tratamento específico.’ (Psicóloga – entrevistada 12)

Com base nas falas anteriores percebe-se que a ênfase continua nos dispositivos de atenção e na construção da rede de apoio social, sem demonstração da compreensão ou mesmo conhecimento da existência de política pública relativa às drogas psicoativas. Esse alheamento pode levar a uma prática alienada, acrítica e pouco efetiva, considerando o grau de complexidade da problemática que envolve o uso abusivo de drogas.

Apesar de terem surgido comentários e discussões acerca dos aspectos anteriormente citados, foi notório o destaque da política de redução de danos como principal eixo norteador das práticas desenvolvidas pelos profissionais dos quatro CAPS AD, conforme discursos abaixo:

‘Bom, da redução de danos, é aquela melhoria da qualidade de vida. Trabalhar a autonomia do paciente na convivência da redução de danos Ter que fazer o uso mais racional da droga. Não que ele queira deixar, não na questão da

abstinência. Não é isso! Mas ele fazer o uso de forma adequada, que não tenha tanta doença.’ (Assistente social – entrevistada 8)

‘A política ela é recente. Ela começa aqui no Brasil mais ou menos na década de oitenta, salvo engano. Pelo menos a política de redução de danos, que é uma política importante que o Governo Federal tenta abraçar. Foi quando surgiu a AIDS e o uso de drogas injetáveis e fez com que o vírus aumentasse muito nessa população de usuários de drogas injetáveis. Aí foram criados, certo, os grupos, foi tentado e está sendo tentado ainda a implementação desse grupo, desse grupo não, dessa política, melhor dizendo, de redução de danos.’ (Enfermeiro – entrevistado 16)

‘Assim, eu acho que a política de redução de danos, ela veio numa perspectiva de melhorar a saúde. Muitas pessoas ainda não estão, vamos dizendo, adaptadas à política. Mas assim, eu como profissional, e que assim, o tempo que eu tenho de serviço, eu acho que é uma perspectiva muito boa para os nossos usuários, no intuito de mostrar para eles, que se eles não conseguem abandonar, não conseguem deixar definitivamente, mas, tem um modo, pelo menos, de eu não estar prejudicando tanto a minha saúde.’ (Terapeuta ocupacional – entrevistada 13)

‘Bom, eu acabei de falar da questão da redução de danos, que é uma política que é adotada pela prefeitura de Fortaleza nos CAPS. Mas é uma política também que é direcionada pelo próprio Ministério da Saúde nas portarias mais recentes e inclui lá a perspectiva da ética no serviço. Eu acho essa palavra importante, a ética que a gente deve ter no serviço, é uma ética pautada na redução de danos, no programa de redução de danos em termos de política.’ (Médico psiquiatra – entrevistado 10).

No discurso dos profissionais a política de redução de danos aparece, principalmente, como uma determinação do poder público que objetiva a prevenção de outros agravos à saúde; como algo que está colocado como prática nos serviços, mas, que necessita de uma melhor apreensão por eles, dadas as dificuldades e fragilidades na argumentação sobre a mesma, observadas nas falas.

As ações de redução de danos e a posterior criação de políticas que destacaram essa prática como efetiva na abordagem ao usuário de droga, começaram a ganhar espaço no mundo todo entre as décadas de 1960 e 1970, devido ao aumento do consumo de drogas injetáveis e a consequente propagação de problemas advindos dessa prática.

Segundo Marlatt (1999) vários estudos foram desenvolvidos em países da Europa na década de 1980, constatando que as estratégias repressivas não eram satisfatórias em ofertar uma resposta efetiva à problemática. Apesar do marco inicial das ações de redução de danos ter ocorrido em 1926, na Inglaterra, com o uso de opiáceos pelos médicos ingleses no tratamento dos dependentes de ópio, um novo enfoque político sobre o assunto tomou impulso na Holanda, contando com o envolvimento dos usuários de drogas injetáveis nos

primeiros programas de troca de seringas que objetivavam evitar contaminações pelo vírus da hepatite B e da AIDS.

O trabalho de redução de danos, fortalecido pelo governo holandês, mostrou bons resultados na diminuição da contaminação dos usuários de drogas injetáveis pelo vírus da AIDS e de outras enfermidades, bem como na redução do uso de drogas tidas como pesadas, sendo elas: heroína, cocaína, anfetamina e LSD. Baseando-se nas positivas repercussões obtidas pelo governo holandês, outros países como Inglaterra, Alemanha, Suíça, Austrália, Canadá e Brasil passaram a adotar as estratégias de redução de danos e a pensar na reconstrução de suas políticas públicas sobre drogas. (MARLATT, 1999).

A prática de redução de danos foi iniciada no Brasil no final da década de 1980, pelo Programa Nacional de Prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, que visou, inicialmente, a redução da incidência dos casos de AIDS através da distribuição de seringas limpas aos usuários de drogas injetáveis da cidade de Santos em São Paulo. No entanto, o Brasil, da década de 1980, era regido por políticas moralistas e leis repressoras e criminalizadoras do consumo, como a Lei de Entorpecentes 6.368/76, portanto, ações como essas foram interrompidas e interditas judicialmente, pois segundo a referida Lei, promover o consumo de drogas auxiliava o tráfico. (MARLATT, 1999).

As constantes transformações no cenário político mundial e a complexidade cada vez maior existente em torno do fenômeno das drogas, acabou por repercutir positivamente na visão do governo brasileiro sobre a problemática do consumo das substâncias psicoativas. Dessa forma, a política nacional sobre drogas foi gradualmente reestruturada e a elaboração de novos aparatos legais, visualizando o usuário de álcool e outras drogas como um cidadão merecedor de novas formas de abordagem, possibilitaram a reconsideração da atuação de programas de redução de danos espelhados em experiências do exterior e vinculados ao Programa Nacional de Prevenção de DST e AIDS. Assim, diversos desses programas começaram a ser implantados e espalhados no Brasil, trazendo benefícios para a assistência do usuário de substâncias psicoativas.

De acordo com informações divulgadas no Manual de Redução de Danos do Ministério da Saúde, de 2001, a disseminação dos programas de redução de danos no Brasil resultou na redução do risco de infecção entre as populações atendidas, seus parceiros sexuais e filhos, bem como no aumento do número de usuários de drogas referenciados e atendidos em serviços de tratamento, aumentando também as oportunidades para intervenções educativas e preventivas. (BRASIL, 2001c).

É evidente que a redução de danos tem se tornado uma alternativa eficaz e eficiente na redução de problemas advindos do consumo de álcool e outras drogas, passando a ser enfocada na nova Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas. (BRASIL, 2003). Entretanto, é pertinente lembrar que tal estratégia não visa se opor a nenhuma outra abordagem de atendimento já existente, pois ela veio para se somar a elas. O usuário de droga quando acolhido e atendido em uma instituição, de saúde ou não, deve ser apresentado aos recursos existentes para a abordagem da sua problemática, cabendo a ele a decisão sobre a melhor via a ser percorrida na busca de soluções efetivas para a sua condição.

A política atual de atenção ao usuário de droga incentiva a adesão às práticas de redução de danos desde a atenção primária em saúde até a terciária. Dessa maneira, os CAPS AD funcionam como elementos importantes na efetivação dessa proposta, pois, são serviços comunitários de saúde constituídos por equipes multidisciplinares que deveriam estar capacitadas para atender de forma especializada e articulada às unidades presentes da rede de saúde e da comunidade.

A política de redução de danos para usuários de drogas, regulamentada em 2005 pelo Governo Federal, por sua vez, ao dar respaldo legal às práticas de distribuição de seringas, agulhas e cachimbos, normatiza no Brasil as ações de redução de danos no campo da saúde pública, retirando da informalidade uma prática já utilizada por muitas organizações não governamentais, vindo a possibilitar sua efetivação em serviços públicos de saúde. (LÔBO, 2005).

Por conta dessa regulamentação os projetos de redução de danos, passaram a ser apoiados pelo governo federal, tendo os CAPS AD como base operacional. É importante ressaltar que o decreto regulamentador da política de redução de danos é parte integrante da Política Nacional sobre Drogas de 2005, que reconhece a estratégia de redução de danos como modo preventivo de intervenção, devendo ser incluída em medidas a serem desenvolvidas no país. (LÔBO, 2005; BRASIL, 2005a).

Em conformidade com essa nova tendência política, a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza tem incentivado o desenvolvimento de ações de redução de danos nos CAPS AD e nas ESF mediante a promoção de cursos de capacitação para os profissionais que atuam nesses espaços e a realização de encontros sobre o tema, contando com a participação dos profissionais de saúde do Centro de Dependência Química e Saúde Mental de Toronto, no Canadá, referência norte-americana em aspectos ligados à saúde mental e à drogadição, possibilitando o intercâmbio de conhecimentos com os profissionais locais inseridos em serviços de saúde que atendem essa demanda. (FORTALEZA, 2007; FORTALEZA, 2008b).

Além disso, a Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza tem mostrado interesse no desenvolvimento de projetos de pesquisa centrados nessa temática, um deles intitulado Redução de Danos em Roda, foi selecionado, no ano de 2009, pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, para concorrer ao incentivo do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2009).

Além do grande enfoque dado às ações pertinentes à política de redução de danos, dois profissionais chegaram a mencionar alguns aspectos da legislação brasileira sobre droga, citando as Leis nº 11.343/06, nº 11.705/08 e nº 9.294/96, como artifícios políticos que vêm contribuindo na abordagem ao uso de substâncias psicoativas no Brasil. (DUARTE; BRANCO, 2008).

A Lei Nº 11.343/06 distingue clara e definitivamente usuários, dependentes e traficantes, colocando-os em capítulos diferentes, não descriminalizando nenhum tipo de droga ilícita. Contudo, apesar do porte continuar caracterizado como crime, usuários e dependentes ficaram sujeitos, a partir de então, a medidas socioeducativas aplicadas pelos juizes especiais criminais. (DUARTE; BRANCO, 2008).

As outras duas Leis citadas, nº 11.705/08 e nº 9.294/96, estão relacionadas ao controle do consumo de álcool e produtos fumíferos, respectivamente. Os dois documentos assumem características repressivas e exclusivamente incentivadoras da abstinência. O primeiro por determinar penalidades muito severas aos condutores de veículos que estiverem dirigindo após o consumo de álcool ou de outra substância psicoativa que determine dependência, e o segundo por proibir veementemente o uso de produtos derivados ou não do tabaco em recinto coletivo, privado ou público, com exceção das áreas destinadas especificamente para esse fim, adequadamente isoladas e arejadas. Além disso, a Lei Nº 9.294/96 restringe a propaganda de produtos fumíferos e bebidas alcoólicas. (ALBANESE, 1999; GOMES, 2008).

Sabe-se que o controle da oferta de álcool e outras substâncias psicoativas é uma das diretrizes da atual política de atenção ao usuário de droga. Contudo, estudos já comprovaram que medidas unicamente repressivas não são eficientes para a solução da problemática discutida, sendo crucial às autoridades governamentais da saúde, justiça, educação, direitos humanos, trabalho, comunicação e cidadania investirem na educação diferenciada da população, de modo que haja a devida sensibilização para uma formação consciente de opiniões.

Com relação aos impasses enfrentados diante das diretrizes propostas pela política na atualidade, constataram-se queixas relativas à discriminação sofrida pelos usuários em

serviços de saúde, principalmente nos hospitalares, à capacitação deficiente de profissionais da rede hospitalar para lidar com casos de abuso, dependência de drogas e co-morbidades advindas da dependência, além de opiniões divergentes à ênfase dada pelo Ministério da Saúde à política de redução de danos. Assim se manifestaram alguns profissionais:

‘O que está faltando é a capacitação para os profissionais do hospital geral atender os pacientes usuários de droga. Existe ainda muito limite, muito preconceito, muita discriminação, a ponto dos hospitais gerais não quererem recebê-los, quando é pra desintoxicação.’ (Psicóloga – entrevistada 12)

‘O governo federal tanto quanto o governo estadual e municipal, eles estão atentos para essa problemática e houve uma expansão grande da rede de CAPS AD. No entanto, não houve um aumento concomitante dos leitos para internação, no caso para desintoxicação ou mesmo para um período um pouco maior de tratamento. Os hospitais gerais também não estão preparados para receber os pacientes psiquiátricos que não têm dependência química e muito menos os que tem uma co-morbidade com dependência química. Outro aspecto que eu considero negativo é que a ideia que se passa para os profissionais nessa política nacional é muito a questão da redução de danos, mas redução de danos é para aqueles que não querem ou não conseguem realmente parar de usar drogas, e aqueles que querem?’ (Médico psiquiatra – entrevistado 19)

‘O que eles atuam mais nessa política é a redução de danos, que ao mesmo tempo é interessante por um lado e pelo outro eu acho que a redução de danos é uma faca, às vezes de dois gumes.’ (Assistente social – entrevistada 15)

O processo de capacitação e articulação dos profissionais e trabalhadores da atenção terciária aos saberes e práticas desenvolvidos pelas equipes dos serviços comunitários de saúde e saúde mental é imprescindível para amenizar discriminações contra a população envolvida em problemas relacionados ao álcool e outras drogas. É fato, também, que os CAPS AD, atuando de forma isolada, não conseguirão atender eficazmente essa demanda.

Com os relatos acima, é possível se perceber as dificuldades que se tem de um trabalho em rede, conforme preveem as políticas públicas de saúde. O fato dos dispositivos de atenção ao usuário de droga e, de modo mais amplo, de atenção à saúde não se constituírem enquanto rede de atenção, dificulta muito uma assistência efetiva e de qualidade, como estipula o SUS.

O estudo de Feres *et al.* (2005) ao analisarem 1.184 internações hospitalares de alcoolistas do sexo masculino, no período de abril de 1995 a abril de 2003, em dois hospitais psiquiátricos de dois municípios do Estado de São Paulo, constataram que a criação dos CAPS AD não havia exercido influência significativa na diminuição do número de internações. Sendo assim, através de análises e inferências feitas a partir de outros trabalhos desenvolvidos, os autores concluíram que a atuação conjunta entre os CAPS AD, unidades

psiquiátricas em hospitais gerais e serviços de urgência e emergência psiquiátricas, localizadas nesses hospitais, seriam capazes de repercutir eficazmente na diminuição de internações psiquiátricas.

A questão, portanto, não gira apenas em torno da criação de leitos de internação, sendo necessária a construção e estruturação de serviços de saúde mental dentro de uma rede articulada e hierarquizada de assistência. Tal fato, por sua vez, exige um adequado planejamento em saúde mental capaz de proporcionar um atendimento integral à população, evitando o preconceito de se criar somente enfermarias psiquiátricas em hospitais gerais (FERES *et al.*, 2005). Desse modo, os princípios de integralidade da assistência e resolutividade do Sistema Único de Saúde, destacados também na política atual de atenção ao usuário de droga estarão sendo respeitados.

Chegou a ser relatado, também, o incentivo da atual política às estratégias de redução de danos, em detrimento daquelas que focam a abstinência, beneficiando apenas os usuários que não conseguem ou não querem parar. Tal aspecto merece ser discutido, pois as estratégias de redução de danos regularizadas politicamente não vieram substituir as demais abordagens existentes. Percebe-se que essa prática é enfatizada por ser promotora da autonomia e da responsabilidade do usuário de droga enquanto principal ator do seu tratamento.

É válido salientar, ainda, que as políticas públicas sobre drogas, na atualidade, estão baseadas nos princípios do SUS, dentre eles a equidade e a integralidade que, por sua vez, indicam que o trabalho com a promoção de saúde deve considerar todos os cidadãos em sua singularidade, respeitando-se as inclinações e diferenças entre cada um. (BRASIL, 1988).

Dessa forma, as escolhas do usuário nortearão o caminho a ser percorrido por ele e a intersetorialidade, preceito igualmente destacado na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Droga, vem possibilitar a articulação dos CAPS AD a outros dispositivos de diferentes áreas que apresentam filosofias compatíveis com as opções feitas pelos usuários, tais como os grupos de autoajuda, programas de redução de danos, igrejas, projetos sociais, dentre outros, orientando o saber-fazer dos profissionais engajados nesse campo de atuação.

6.2 O papel do CAPS AD na rede de atenção em saúde

A concepção dos profissionais acerca do papel do CAPS AD, enquanto componente da rede de atenção em saúde, variou em três aspectos: serviço de tratamento diferenciado para a demanda de álcool e outras drogas; espaço voltado para o desenvolvimento de ações que vão além do tratamento intramuro, com enfoque na reinserção social; e, por último, serviço articulador e coordenador de ações pertinentes à problemática de álcool e outras drogas no território.

A presente discussão será iniciada embasando-se no primeiro aspecto exposto pelos profissionais, ou seja, a concepção do CAPS AD enquanto espaço inovador de tratamento, conforme evidenciado pelos relatos a seguir. Assim se manifestaram alguns dos entrevistados:

‘A nossa função, mesmo, é uma função de tratar, de oferecer um tratamento, de disponibilizar meios para as pessoas que estão interessadas realmente. Porque assim o tratamento do dependente químico vai muito do desejo dele, depende muito do desejo da pessoa de tratar. E a nossa função é muito essa, de estarmos disponíveis para atender essas pessoas que realmente procuram melhorar na sua qualidade de vida.’ (Psicóloga – entrevistada 4)

‘É um serviço novo que está a cada dia construindo uma história. E assim, ter um serviço que procura tratar dessas questões relacionadas ao uso da substância, é um ganho muito grande para a comunidade, porque são questões profundas, questões muito importantes e que em determinada época da história, não era dado o devido valor. E um sofrimento psicológico muito grande, o sofrimento pra essas pessoas que fazem o uso, e muitas delas não tinha um local que tivesse essa visão.’ (Terapeuta ocupacional – entrevistada 9)

‘Eu acho que no momento ele está sendo de primeira linha pra eles, porque já que não tem ajuda nenhuma e, sem ser o CAPS, além dos hospitais que internam, que não faz mais nada. Aliás, internam, medicamento, pronto, acabou-se. Se torna diferente do CAPS. Eu acho que ele está dando uma boa contribuição, porque ele tem cursos, quando a gente consegue cursos, a gente tem grupos.’ (Assistente social – entrevistada 15)

Na fala dos profissionais o CAPS AD tem a função de tratar o usuário de droga, oferecendo-se como uma alternativa especializada à internação em hospital psiquiátrico, desenvolvendo uma prática diferente.

Sabe-se que o Centro de Atenção Psicossocial é um dispositivo recente de atenção surgido no âmbito da Reforma Psiquiátrica, objetivando proporcionar um cuidado diferenciado à demanda portadora de transtorno mental. Esse serviço tem uma filosofia

diferente do hospital psiquiátrico, pois seu objeto de cuidado não se centra na doença do usuário, mas sim no próprio usuário.

As práticas desenvolvidas nesse espaço focam-se, portanto, no ideário de atenção psicossocial, baseando-se em conceitos de reabilitação psicossocial, reinserção e integração social, e num modelo de cuidado integral. Desse modo, há a construção do saber-fazer conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica, enfatizando o sujeito, usuário do serviço, e suas necessidades. (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; SUIYAMA; ROLIM; COLVERO, 2007).

Costa-Rosa (2000) menciona o “modo psicossocial” como uma possibilidade para a construção de uma nova forma de assistência em saúde mental através da utilização de parâmetros diferentes dos saberes e práticas até então instituídos pelo modelo biologicista. O novo modelo trouxe novas concepções de saúde-doença-cura e de meios e instrumentos utilizados para seu manuseio, além de permitir novas formas de organização do dispositivo institucional, de relacionamento entre profissional-usuário e de construção do processo ético-terapêutico.

Alguns aspectos evidenciados nas falas dos profissionais são abordados no Modelo Psicossocial de atenção em saúde mental. O usuário de droga, por exemplo, foi visto pelos entrevistados enquanto sujeito possuidor de uma história de vida e de desejos, sendo capaz de decidir sobre seu tratamento. O abuso de droga ou a dependência química foram considerados como dimensões da existência do sujeito, mas, não a sua totalidade.

As novas técnicas de tratamento, também, foram citadas em um dos relatos referenciados, tais como os grupos e os cursos realizados nos CAPS AD. Essa abordagem, oriunda do Modelo Psicossocial, vem focar o coletivo, possibilitando o estabelecimento de uma troca horizontalizada entre os sujeitos. A relação entre profissional e usuário não se dá mais de modo passivo e vertical, pois o técnico tem procurado incentivar a interação da pessoa, usuária do serviço, com os demais elementos encontrados em seu ambiente externo, ou seja, outros usuários, familiares, vizinhança, dentre outros.

Apesar desses aspectos terem sido observados, constatou-se que as concepções estiveram ligadas à prática ocorrida intramuros, enfatizando o CAPS AD enquanto serviço exclusivo de atuação na problemática do álcool e outras drogas. Tal fato se opõe aos conceitos divulgados pelo Ministério da Saúde, que se referem à atenção em saúde mental como uma tarefa articulada entre serviços. Devendo essa articulação incluir, também, recursos da comunidade para a constituição de verdadeiros espaços de inclusão social para as pessoas

portadoras de transtornos mentais e sofrimentos psíquicos, inclusive aqueles relacionados à demanda de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2005b).

Outra concepção levantada sobre o papel do CAPS AD na rede de atenção em saúde enfocou, além da questão do tratamento e reinserção social, a prática da prevenção do uso de droga, ensino e pesquisa, como mostrado nos fragmentos a seguir:

‘E nós temos como objetivo assistência, ensino, pesquisa e extensão, e prevenção e tratamento de dependentes químicos. E assim, o CAPS é um serviço que presta assistência aos usuários, familiares, desenvolvendo ações preventivas e de tratamento, promovendo acolhimento [silêncio]. Acolhimento e cuidados com vistas à inclusão ou a reiteração social.’ (Psicóloga – entrevistada 18)

‘A gente tem que estar trabalhando a questão da prevenção, que é onde a gente tenta pontuar aqui no nosso serviço.’ (Terapeuta ocupacional – entrevistada 3)

O CAPS AD, por ser um serviço especializado no atendimento à demanda de álcool e outras drogas, deve assistir a população usuária de droga com todos os recursos disponíveis e respaldados legalmente. Sabe-se que o apoio às ações de prevenção dentro e fora do serviço contribuem para o consumo racional e até mesmo para o não consumo, diminuindo a busca das substâncias psicoativas e os casos de abuso e dependência.

Segundo o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID), a prevenção do consumo de drogas é classificada em primária, secundária e terciária. Sendo que a primeira objetiva evitar que o consumo se instale ou retardar seu início, a segunda, por sua vez, volta-se para as pessoas que já experimentaram ou usam a substância de forma moderada e têm o objetivo de evitar a evolução para usos mais frequentes e prejudiciais. A terceira e última traz abordagens necessárias ao processo de recuperação e reinserção daqueles que já têm problemas com o uso ou que apresentam dependência, ou seja, usuários que se inserem na demanda dos CAPS AD. (BRASIL, 2007d).

Para efetivar práticas que enfoquem essas três modalidades de prevenção os CAPS AD devem ser capazes de se articular a espaços como escolas e postos de saúde, visando o alcance de crianças, adolescentes e adultos que ainda não evoluíram para casos de abuso e dependência. É mais viável se iniciar um trabalho de prevenção no âmbito escolar por se ter acesso a uma estrutura que facilita o repasse de informações, a construção coletiva do conhecimento, e o envolvimento de pais e educadores no processo. (BRASIL, 2007d).

É válido salientar que o trabalho de prevenção iniciado nas escolas pode, sem dúvida, ser ampliado para toda uma comunidade, mediante articulações realizadas entre profissionais de saúde, alunos e professores com líderes comunitários, religiosos, grupos de

jovens, dentre outros, gerando o alcance de populações marginalizadas e mais propensas ao abuso e dependência de drogas.

Com relação à questão do ensino e pesquisa, observa-se que o CAPS AD, por ser um novo serviço de saúde mental com abordagem diferenciada para questões de abuso e dependência de drogas, tem importantes contribuições a ofertar como campo de estágio para acadêmicos e profissionais da área da saúde, assim como campo de pesquisa.

A Política Nacional sobre Drogas de 2005 traz como orientação geral o incentivo à realização de estudos, pesquisas e avaliações que permitam o aprofundamento de conhecimentos na área das drogas, inclusive em aspectos pertinentes à prevenção do uso indevido, tratamento, reabilitação, redução de danos, reinserção social e ocupacional com a devida observância dos preceitos éticos. (BRASIL, 2005a).

A concepção do CAPS AD como componente e articulador da rede de atenção em saúde para questões de álcool e outras drogas, foi referida por cinco profissionais entrevistados, o que mostrou uma sensibilização para os princípios de integralidade da assistência e intersetorialidade trazidos pelo SUS e ressaltados no movimento de Reforma Psiquiátrica:

‘Papel de articulador. O papel de formar agentes multiplicadores na prevenção e na promoção da saúde e o de articulador da rede no seu território. Articulação intersetorial naquilo que diz respeito à questão de álcool e outras drogas. Se articular com a atenção básica, com hospitais para que eles possam, por exemplo, receber melhor os pacientes em síndrome de abstinência alcoólica e evitando com isso mortes.’ (Médico psiquiatra – entrevistado 19)

‘Acredito que o CAPS não deva ser o único recurso de atenção ao usuário de droga. É que ele tem sim que fortalecer cada vez mais esse vínculo com os outros equipamentos da rede e que também tente fortalecer essa ideia junto com o usuário, de que ele não fique, de que ele não saia de uma dependência para ser dependente do CAPS.’ (Enfermeira – entrevistada 7)

O CAPS AD foi idealizado para proporcionar uma atenção ao usuário de droga embasada no Modelo Psicossocial. Entretanto, as políticas públicas atuais sobre drogas não o colocam como único dispositivo capaz de proporcionar esse atendimento, e sim como formulador e ordenador do sistema e das ações de saúde, ao mesmo tempo em que é um agente de cuidados para questões inerentes à problemática das drogas, sendo capaz de atuar com a promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento.

Bezerra Júnior (2010) comenta que os CAPS têm dupla natureza, pois são instituições que devem se preocupar com a estruturação do sistema, integralidade de ações e

articulação de recursos na área, e ao mesmo tempo, têm que desenvolver seu papel assistencial, atendendo uma demanda específica e complexa que exige um determinado grau de capacitação e empenho das equipes multiprofissionais desses serviços. É importante que tais papéis sejam desempenhados de modo concomitante e integrado, a fim de que seja viável uma abordagem holística do problema.

Atuar dentro de uma perspectiva integral e intersetorial se torna complicado, quando não se conta com o apoio de uma rede básica eficaz, espaços bem equipados para o atendimento da população e um adequado sistema de referência e contrarreferência, o que provoca o surgimento de problemas, tais como: superlotação de serviços; sobrecarga de trabalhadores e encaminhamentos excessivos, sem resolubilidade, de um serviço a outro.

Alguns desses impasses operacionais inerentes ao próprio sistema público de saúde chegaram a ser mencionados por uma entrevistada.

‘Eu acho o CAPS assim, um elo fundamental, um elo de uma corrente. Uma corrente que não está se comunicando muito bem. Então assim, às vezes a gente recebe encaminhamento de posto de saúde que não tem nada a ver, aí a gente tem que ver isso. Às vezes é uma parceria que a gente precisa de um hospital. Ah, o hospital não recebe, porque é usuário de droga. Então eu acho que a nossa corrente precisa ser mais amarradinha, que aí é uma atividade que a gente está começando agora, que é a do matriciamento, que está indo dar esse apoio às equipes de saúde básica, de atenção básica, do PSF.’ (Assistente social – entrevistada 11)

Existem estudos recentes realizados em cenário nacional feitos nos Centros de Atenção Psicossocial que apontam para tais questões, mostrando a existência de fragilidades no processo de comunicação entre as unidades da rede de saúde, geradoras de discontinuidades na assistência e escassez de capacitação dos profissionais de outros serviços para atender a demanda de saúde mental, rede intersetorial não integrada entre si, dentre outros. (MORAES, 2008; RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008; ZAMBENEDETTI; PERRONE, 2008; FODRA; COSTA-ROSA, 2009).

Atualmente os CAPS têm tentado trabalhar de forma integrada, principalmente com os serviços de atenção básica, através do apoio matricial que oferta suporte especializado a equipes e profissionais responsáveis pela atenção a problemas de saúde. O objetivo do apoio matricial é dar retaguarda assistencial e suporte técnico às equipes de referência, que são aquelas que se encarregam do atendimento de casos individuais, familiares ou comunitários por um longo tempo, de modo longitudinal, como é o caso das equipes de saúde da família na atenção básica. (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Dessa forma, as equipes multiprofissionais dos CAPS têm tentado oferecer esse suporte para que as equipes de profissionais das ESF consigam manejar eficazmente os casos de saúde mental solucionáveis na atenção básica. Conforme Campos e Domitti (2007), tal interconexão entre esses dois serviços produz um espaço viável para a troca de conhecimentos entre variadas especialidades e profissões, possibilitando uma atuação com vistas à interdisciplinaridade da assistência.

Em virtude dos benefícios trazidos pelo matriciamento em saúde mental, os municípios brasileiros têm procurado aderir a essa prática como modo de sanar alguns impasses anteriormente comentados. No município de São José do Rio Preto, por exemplo, a atuação co-responsável entre uma equipe de saúde mental e os profissionais de saúde da família vem possibilitando a condução de problemas de saúde mental na atenção básica até então repassados ao serviço secundário, causando a superlotação e a cronificação dessas condições. (BARBAN; OLIVEIRA, 2007).

Percebe-se, assim, que estratégias como essa podem auxiliar na efetivação do trabalho em rede, fazendo com que o CAPS desempenhe sua função de articulador e ordenador das ações de saúde mental no território. É necessário colocar que o trabalho interdisciplinar e o enfoque em ações intersetoriais, desenvolvidos durante o apoio matricial, contribui para a diminuição do predomínio de atuações e atitudes assistencialistas, pois torna viável a construção de práticas promotoras da saúde, privilegiando a capacidade de tomada de decisão dos sujeitos e da coletividade.

Diante dos aspectos levantados e aqui discutidos, evidencia-se a necessidade que os profissionais entrevistados têm de enriquecer seus conhecimentos em pontos teóricos relativos à problemática das drogas. A questão da diversidade de fatores envolvidos no consumo de substâncias psicoativas e da política ministerial de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas são merecedoras de maior ênfase, pois algumas concepções relacionadas a esses aspectos são frágeis e precisam ser aprofundadas, a fim de contribuir para a efetivação de uma prática consolidada e embasada em preceitos teóricos importantes.

A concepção do CAPS AD enquanto componente de uma rede de atenção e apoio esteve presente nos relatos dos profissionais, mas não de modo consistente. A maioria deles percebeu o serviço enquanto espaço principal de acolhimento e tratamento da clientela usuária de droga. Considera-se que tal visão deva ser trabalhada de modo a se reforçar a importância da atuação conjunta dos diferentes dispositivos de assistência ao usuário de droga, já que o CAPS AD se constitui em um dos elos de uma corrente que deve ser devidamente capacitada e articulada para trabalhar com a demanda concernente à problemática das drogas.

O CAPS AD, ao ser percebido como principal ou até mesmo como único espaço, dentro do âmbito da saúde, capaz de acolher as questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, torna-se alvo das concepções presentes no antigo modelo biomédico em que o foco se dava na doença ou distúrbio, tendo a cura como principal meta a ser alcançada.

Trabalhar, portanto, as concepções teóricas e as percepções dos profissionais que lidam diretamente com os casos de abuso e dependência de drogas é fundamental para o desenvolvimento de um saber-fazer holístico, isento de preconceitos e viável de ser repassado para os demais profissionais e trabalhadores atuantes em espaços não especializados nessa área, como é o caso das ESF, hospitais gerais, centros de convivência, lares abrigados, dentre outros.

7 CAPS AD: CONSTRUÇÃO DE CAMINHOS RUMO À ATENÇÃO DIFERENCIADA

Neste capítulo do estudo foram discutidos aspectos relacionados à prática dos profissionais nos CAPS AD, entre eles enfermeiros, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Buscou-se traçar um paralelo entre a prática desenvolvida pelos profissionais e a preconizada pelas políticas públicas de saúde mental e sobre drogas, na atualidade.

As discussões e reflexões foram embasadas nos preceitos de interdisciplinaridade, integralidade da assistência, intersetorialidade, reinserção social e reabilitação psicossocial, explicitados e debatidos nos documentos citados. O presente capítulo é, portanto, de fundamental importância, pois apresenta e discute alguns elementos pertinentes ao saber-fazer dos profissionais, possibilitando a visualização do CAPS AD enquanto dispositivo terapêutico capaz de contribuir para uma assistência de caráter comunitário ao usuário de droga.

7.1 Atuação rumo à interdisciplinaridade, reabilitação psicossocial e reinserção social

Em todos os quatro CAPS AD investigados foi encontrada a presença de uma equipe multiprofissional atuando junto à demanda de álcool e outras drogas. Constatou-se que inúmeras atividades eram desenvolvidas pela maioria dos profissionais, tais como: atendimentos individuais, atendimentos em grupo, atividades comunitárias, assembleias ou reuniões de organização do serviço. Embora cada profissional, devido a sua formação, tivesse a tendência de conduzir de modo singular os atendimentos individuais e grupais, acabavam por contar com o auxílio dos demais membros da equipe para o esclarecimento dos casos acompanhados e implementação das intervenções estabelecidas. Em destaque alguns discursos:

‘Aqui no CAPS AD eu faço os primeiros atendimentos, a primeira entrevista. Faço anamnese, atendimentos individuais, grupos. E assim, a gente acaba colaborando no serviço como todo. Uma vez que a gente é uma equipe multiprofissional, a gente acaba contribuindo com os outros grupos. Por exemplo, às vezes a T.O, ela vem conversar comigo a respeito de um paciente que ela está atendendo e ela está com algumas dificuldades ou dúvidas. Aí a

gente vai conversar para resolver ou um grupo de arteterapia. A gente funciona muito no sentido de trabalhar junto.’ (Psicóloga – entrevistada 4)

‘Eu não faço nenhum grupo só, na segunda, como eu disse, são com os residentes de psiquiatria, os R3, residentes de psiquiatria que estão saindo já, no último ano; na terça de manhã, com a outra terapeuta ocupacional; na terça à tarde com a assistente social, na entrevista motivacional, aí o da quarta à tarde, que é o GRUDDI, com outros residentes de psiquiatria, também; na quinta de manhã com a enfermeira recém-chegada, eu fazia com a outra T.O. E na sexta de manhã, como eu disse, o futebol, com o estagiário e na sexta à tarde com o psiquiatra. (Terapeuta ocupacional – entrevistada 17)

‘Dia de segunda-feira é a nossa reunião de grupo com a equipe; na terça-feira eu tenho a prática com uma oficina de mulheres, onde a gente faz um grupo produtivo. Seria tanto pra juntar o pessoal do tabagismo com as outras mulheres de outras drogas mais pesadas que nós temos. E na quarta-feira tem o grupo do alcoolismo, que é meu e do N. Na terça sou eu e a C., que é a T.O, na quarta sou eu e o N., que é enfermeiro.’ (Assistente social – entrevistada 15)

A troca de saberes e experiências entre profissionais do campo da saúde mental, inclusive em questões pertinentes ao abuso e dependência de drogas, tornou-se necessária, pois o novo modelo de atenção, pautado na clínica ampliada, visualiza a doença como parte do sujeito e não como seu todo. Com isso, abriu espaço para um olhar que vai além do aspecto biológico, trazendo consigo dimensões psíquicas e, também, sociais. Campos (2001) afirma que o desenvolvimento desse tipo de clínica não proporciona abertura ampla para a atuação do especialista, pois a nova visão do sujeito pede uma quebra nas barreiras disciplinares, estimulando a efetivação do trabalho em equipe.

O trabalho interdisciplinar passa a refletir um novo saber-fazer, possibilitando o englobamento e as possíveis soluções de questões que se encontram nas três esferas: biológica, psicológica e social.

Consoante Meireles e Erdmann (1999) a interdisciplinaridade é considerada uma interrelação e interação das disciplinas com vistas a atingir um objetivo comum. O diálogo entre as disciplinas permite a exploração e a ampliação das potencialidades de cada uma, que, ao serem somadas, dão origem a um novo conhecimento. Em posse desse novo saber é possível se encontrar formas eficazes de se intervir em questões complexas, advindas do dinamismo do mundo atual.

No campo da saúde mental, a prática interdisciplinar vem ganhando força desde o surgimento do Paradigma da Atenção Psicossocial, que defende uma visão holística do sujeito, levando em consideração seus aspectos psíquicos e sociais, e apresenta a interdisciplinaridade como exigência para o processo de horizontalização das relações institucionais. A construção desse novo paradigma recebeu influências marcantes de

movimentos radicalmente contrários à Psiquiatria, tais como a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, sendo estes a favor da transformação da prática psiquiátrica e da negação do Modelo Manicomial. (COSTA-ROSA, LUZIO; YASUI, 2003).

Em virtude disso, é possível dizer que as transformações no campo da saúde mental têm contribuído para o surgimento de profissionais comprometidos com um novo saber-fazer e engajados na articulação de conhecimentos diversos necessários para a construção de uma *práxis* inovadora, capaz de dialogar com os diversos atores sociais nela envolvidos, objetivando o enfrentamento de problemas ligados à saúde e à promoção da qualidade de vida.

É importante ressaltar que durante as observações, percebeu-se, ainda, o predomínio do modelo tradicional de consulta médica, no qual a relação entre médico e usuário se dá, predominantemente, no consultório, por meio da avaliação, prescrição de medicação e encaminhamentos. Percebeu-se que, durante os dias de atendimento médico, os CAPS AD apresentavam uma demanda aumentada que ia desde a primeira avaliação com o psiquiatra ou médico clínico até a renovação de prescrições medicamentosas. Contudo, alguns profissionais médicos, encontravam-se envolvidos, juntamente com profissionais de outras categorias, em atendimentos grupais e atividades comunitárias, tais como as visitas domiciliares e as estratégias de articulação entre CAPS e serviços de atenção básica. Os relatos de alguns desses profissionais confirmaram as informações obtidas durante a observação:

‘O psiquiatra nos CAPS ainda fica muito preso ao consultório e ainda fica muito preso ao modelo médico, biomédico tradicional. Eu devo dizer que eu, pessoalmente, tenho um esforço muito grande de romper com esse modelo e de participar da equipe de atenção à saúde, com os usuários, de uma maneira mais transversal, menos vertical. Mas, é difícil!’ (Médico psiquiatra – entrevistado 10)

‘Aqui eu faço atendimentos individuais de psiquiatria clínica e o grupo de tabagismo, bem como, participo da roda de equipe.’ (Médico psiquiatra – entrevistado 19)

Infere-se que alguns paradigmas atuais, como o da Promoção da Saúde e, mais particularmente, o da Atenção Psicossocial vêm aos poucos contribuindo para modificações na prática médica, permitindo uma melhor integração desse profissional junto à equipe de saúde. Inclusive, a inserção de residentes de psiquiatria nas atividades desenvolvidas por um dos CAPS AD demonstrou que a formação desse profissional encontra-se, atualmente,

embasada nos preceitos defendidos pelo Paradigma da Atenção Psicossocial, contribuindo para a promoção de modo holístico.

Os profissionais enfermeiro, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional, encontravam-se mais engajados em todas as atividades desenvolvidas nos CAPS AD, e suas participações começavam no momento do acolhimento e entrevista inicial para detecção de problemas e formação de vínculos. Foi observado que nos dias de funcionamento dos serviços, um desses profissionais estava escalado para receber e dialogar com qualquer pessoa que chegasse ao CAPS buscando ajuda por conta própria, trazida pelo familiar ou encaminhada por outros serviços.

Conforme o Ministério da Saúde, o acolhimento é uma postura ética, não exigindo hora ou profissional específico para sua realização, contudo, requer compartilhamento de saberes, necessidades, invenções e possibilidades. Assim, consiste em uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde com atenção e abertura à diversidade do público, escuta, identificação de risco e vulnerabilidade, responsabilização, opções de atendimento e/ou encaminhamento responsável e resolutivo aos problemas não solucionados. (BRASIL, 2004e).

Apesar de existir um profissional responsável por essa atividade durante os turnos de funcionamento dos CAPS AD, percebeu-se que todos os membros das equipes se engajavam no processo de “recepção-orientação-resolução” dos problemas da demanda. Dessa forma, os trabalhadores de nível médio, desde o porteiro, e os recepcionistas, e os de nível superior, de cada CAPS AD, atuavam em conjunto, visando proporcionar soluções resolutivas para as situações surgidas.

Observou-se que diversas pessoas chegavam à recepção procurando atendimentos diferenciados, fossem eles subsequentes, de primeira vez, individuais, grupais ou visitas domiciliares. Os recepcionistas escutavam as demandas, passavam as informações necessárias sobre horários de funcionamento do serviço, das atividades desenvolvidas, marcação de consultas no CAPS ou em domicílio, dentre outros, e procediam fazendo os encaminhamentos para os profissionais responsáveis pelas atividades mencionadas. O usuário acabava por se inserir na dinâmica de funcionamento do serviço.

É importante ressaltar que o projeto terapêutico individual do usuário ia sendo construído e ajustado na medida em que sua realidade social, histórica e cultural se tornava conhecida e passível de ser analisada pelos profissionais. Conforme Lins, Oliveira e Coutinho (2007) o conhecimento e vivência do dia-a-dia do paciente, bem como seu contexto familiar e social por parte do profissional durante os atendimentos, possibilita a definição de caminhos a

serem percorridos em prol de uma assistência singular voltada às necessidades de cada um. Além disso, a familiarização do profissional com os ambientes nos quais os usuários estão inseridos, permite a busca conjunta de recursos viabilizadores do processo de reabilitação psicossocial, buscando enfatizar a autonomia dos sujeitos enquanto cidadãos responsáveis por suas decisões e pela melhoria de sua qualidade de vida.

O acolhimento, entrevistas, atendimentos individuais, grupais, acompanhamentos domiciliares, grupos com familiares, entre outras atividades foram tidos como espaços importantes para a escuta e conhecimento aprofundado da população assistida e como ambientes propícios para a utilização de ferramentas incentivadoras do processo de reabilitação psicossocial e reintegração adequada do cliente na sociedade.

É necessário ressaltar que as visitas domiciliares e os atendimentos grupais voltados à família foram bastante referenciados pelos entrevistados de todos os quatro CAPS AD como atividades propiciadoras de um melhor conhecimento do contexto psicossocial de cada usuário. Estas atividades, sendo realizadas pela maioria dos profissionais, possibilita, segundo estes, um adequado planejamento de ações promotoras de reinserção social.

Com relação à busca pela atuação interdisciplinar, constatou-se que as tentativas de articulação de saberes entre alguns profissionais repercutiam, principalmente, no desenvolvimento de atividades grupais e oficinas, possibilitando, assim, uma assistência integral aos usuários de álcool e outras drogas, com vistas a contribuir para sua interação uns com os outros, bem como com sua gradual reinserção em sociedade. Destaque para alguns discursos:

‘Na segunda-feira nós temos, como eu falei, a roda de equipe, que são todos os profissionais que participam. Terça-feira de manhã, eu estou no acolhimento e na triagem [...]. Na quarta-feira, pela manhã, eu faço o grupo de arte terapia com o artista, e ele fez curso de especialização em Filosofia Clínica, e a gente trabalha tanto, nós já fizemos trabalhos com pinturas em tecidos, com pinturas em prato. E na quinta-feira de manhã, eu estou em uma oficina de alfabetização junto com a assistente social, que ela também já fez a especialização em Psicopedagogia.’ (Psicóloga – entrevistada 18)

Durante a pesquisa, foi evidenciado o esforço dos profissionais em estarem atuando de modo integrado e isso se destacava, principalmente, nos momentos de realização dos atendimentos grupais. Normalmente, presenciava-se a atuação de dois profissionais coordenando uma atividade grupal. Contudo, muitas vezes, alguns serviços dispunham apenas de um profissional para cada atendimento em grupo, como os CAPS AD das Regionais I e IV, que apresentavam equipes reduzidas, em relação às das Regionais III e V.

Dentre os atendimentos realizados em grupo nos CAPS AD encontraram-se: grupos terapêuticos voltados ao enfoque na redução de danos ou na prevenção de recaídas dos usuários de drogas diversas; grupos específicos para a demanda de álcool e de tabaco; grupos expressivos; grupos geradores de renda, também chamados de grupos produtivos; oficinas de alfabetização; atividades esportivas; atividades de cultivo de plantas medicinais; atividades culturais, envolvendo filme, dança, música e teatro; e grupos de leitura e debates de textos.

Valladares *et al.* (2003) apontam alguns princípios básicos que devem nortear o processo de trabalho dos profissionais de saúde mental em grupos e oficinas terapêuticas, dentre eles destacam-se: estímulo e valorização da expressão dos participantes, seja por meio da palavra falada ou escrita ou através do uso de ferramentas artísticas; fortalecimento da autoestima e da autoconfiança dos participantes; foco na reinserção social dos usuários na sociedade e na atuação inter e transdisciplinar; além do reconhecimento da diversidade e heterogeneidade de situações dentro de um único espaço.

Conforme evidenciam os relatos a seguir, percebe-se que alguns dos princípios assinalados estavam sendo postos em prática pelos profissionais durante a realização desse atendimento:

'Tenho também um grupo de práticas de cuidado de enfermagem bem direcionado, tanto à prática como à orientação, que tem como público-alvo, principalmente as pessoas que estão com o autocuidado prejudicado. E através dos cuidados diretos e também com o tempo, à medida que, com o passar do tempo, também oferecendo recursos pra que ele se cuide, seja através de materiais ou de orientações. Também tem a oficina do horto, também estou facilitando. Tem o CINE CAPS e tem o Grupo Ampliando o Movimento, que é com atividade física (Enfermeira – entrevistada 7)

'Quarta à tarde eu faço o Grupo de Imagem e Cidadania, a gente tem trabalhado filmes e vamos começar a trabalhar com revistas e jornais por uma demanda deles também. [...] A gente traz um documentário algumas vezes, mas eu não estou notando muito rendimento, porque a ideia do filme é puxar para uma discussão maior, discutir questões de cidadania, e aí eu estou achando que o filme não está tendo muito rendimento agora. Já teve mais, era um grupo que dava vinte e cinco pessoas, a gente tinha boas discussões. Hoje, é um grupo de sete pessoas que não conversa muito. Então eu estou tentando puxar outra coisa, que é a imagem através de que? De jornal, de revista. Vamos discutir o que aconteceu na semana, para ver se eu consigo puxar essa discussão de outra forma, porque no momento o filme, eu estou sentindo que ele está ficando meio saturado.' (Assistente social – entrevistada 11)

'Eu tenho um grupo de arte terapia, onde eu me utilizo da arte como meio de expressão, meio onde o sujeito vai expressar algum conflito ou então, tudo através da arte. Trabalha muito com o corpo. Seja ela a arte de expressão ou a arte de produção; várias formas de artes. [...] E o grupo de terapia

ocupacional, que é um grupo onde a gente se utiliza de diversas atividades, onde essas atividades todas têm um objetivo. Eu trabalho por temas mensais. Cada mês são trabalhados temas como, vamos supor, esse mês eu estou trabalhando a autoestima e a autoconfiança. Outro mês pode ser trabalhado as relações familiares. Então cada mês é trabalhado um tema, e, em cada dia de grupo são realizadas atividades diversas e todas com um objetivo.’ (Terapeuta ocupacional – entrevistada 9)

O usuário de droga tem características singulares que precisam ser respeitadas. Portanto, os profissionais de saúde, ao lidar com esse sujeito, necessitam se familiarizar com estratégias capazes de possibilitar o trabalho criativo e dinâmico, embasado nos princípios anteriormente mencionados. No entanto, para que isso ocorra, é preciso que os profissionais adequem as abordagens terapêuticas utilizadas às necessidades e anseios desses sujeitos, provocando, assim, interesse e estímulo para a participação nesses momentos.

Um estudo realizado por Moreira (2006), em um Centro de Toxicomania, o qual na época da coleta de dados estava credenciado como NAPS, constatou que muitos usuários do serviço optavam por não participar das atividades grupais, preferindo conversar com os demais colegas que também faziam essa opção. Havia, dessa forma, o estabelecimento de uma convivência e vínculos de amizade valorizados por eles. Muitas vezes, os usuários não participavam das oficinas por não gostarem das atividades propostas, pois os temas eram escolhidos pelo coordenador do grupo e isso não dava abertura para que os aspectos presentes no mundo dos usuários emergissem, provocando o desinteresse e a desmotivação. Quando os usuários se mostravam interessados e dispostos a participar das atividades grupais era por considerarem os temas importantes para eles.

Rabello (2006) relata sua experiência como estagiária de psicologia no mesmo Centro de Toxicomania, mostrando a importância da articulação da música junto às terapias grupais ofertadas àquela população, já que ritmos como *rap* e o *hippie hop* eram bastante mencionados por ela. Observou, ainda, que temas como a violência, o tráfico de drogas, a miséria e a falta de perspectiva para o jovem da periferia das grandes cidades eram postos em evidência pelas músicas, gerando com isso aceitação e reconhecimento por parte dos usuários daquele serviço, que, provavelmente, vivenciavam situações semelhantes a essas temáticas em seu cotidiano.

Além do uso de técnicas que possibilitam a expressão da população usuária de droga, os serviços comunitários de saúde mental, especificamente os CAPS, têm buscado incentivar o potencial de produtividade de seus usuários através da realização de grupos ou oficinas geradoras de renda. O Ministério da Saúde destaca algumas oficinas passíveis de

serem realizadas em todos os CAPS, tais como: artesanato em geral, costura, bijuterias, fotocópia, culinária, marcenaria, dentre outras. (BRASIL, 2004b).

Constatou-se que, em todos os quatro serviços investigados, existia pelo menos um tipo de grupo objetivando o desenvolvimento de atividades de cunho produtivo, dentre as quais se destacavam aquelas de artesanato em geral e as voltadas para o cultivo e manejo de plantas medicinais. Além disso, observou-se nos CAPS AD das Regionais I e III a realização de oficinas de alfabetização, visando o exercício da escrita e da leitura junto aos usuários que não tiveram acesso ou abandonaram a escola.

Otoni, Zancheé e Soares (2008) falam acerca da experiência da cidade de Belo Horizonte em investir na formulação de uma Política Pública de Inserção Produtiva que objetiva promover a inclusão social dos portadores de sofrimento psíquico através do trabalho. Para tanto, efetivaram-se a construção e o funcionamento de espaços e órgãos viabilizadores desse processo, possibilitando o uso de meios para a exploração de condições favoráveis à sustentabilidade econômica e social da pessoa marginalizada pela loucura. A experiência mencionada é um importante exemplo do que é preconizado pelo atual Paradigma de Atenção Psicossocial, já que ela tem conseguido articular trabalho e promoção da saúde mental em espaços extrainstitucionais, permitindo a existência de um trabalho produtor de sentido e significado.

As atividades estimuladoras do interesse dos usuários pelo trabalho, lazer e educação foram percebidas durante o estudo enquanto ferramentas valiosas utilizadas pelos profissionais visando à promoção da reabilitação psicossocial, conforme preconizada por Saraceno (1999). Este autor afirma ser o serviço de saúde mental um local que pode auxiliar aquelas pessoas que, por alguma adversidade, não percebem e nem geram mais sentido em contextos como família, trabalho, escola, lazer, dentre outros. Em virtude disso é função do serviço proporcionar meios para que o usuário vá retomando, gradualmente, seu espaço nesses ambientes não protegidos, mas, socialmente abertos para a produção de novos significados.

É pertinente colocar que abordagens como essas, assim como o uso de outras estratégias capazes de estimular o potencial produtivo, a liberdade de escolha do sujeito sobre a modalidade de tratamento utilizada e o engajamento de familiares no processo terapêutico, possibilitam o empoderamento dos sujeitos, ou seja, a valorização do poder contratual destes com as instituições, bem como do seu poder relacional com contatos interpessoais em sociedade. (VASCONCELOS, 2000).

O usuário de droga que já tem uma síndrome de dependência instalada necessita se utilizar de recursos capazes de promover a construção de novos significados para a sua vida, de modo que o uso de droga não predomine em todos os contextos. Os profissionais dos CAPS ao incentivarem a geração de renda através de grupos produtivos e uma possível retomada aos estudos através de oficinas de alfabetização estão viabilizando oportunidades para a realização de escolhas que poderão auxiliar no processo de reabilitação psicossocial e reinserção social.

Observou-se também que nos CAPS AD os profissionais se esforçavam na oferta de recursos capazes de auxiliar no processo de tratamento e em uma adequada reinserção social. Apesar de existir uma política municipal incentivadora das estratégias de redução de danos, todos os quatro serviços proporcionavam ao seu usuário a liberdade de escolher o enfoque do tratamento. Para tanto, os profissionais se utilizavam de técnicas que priorizavam a abstinência, em detrimento da redução de danos, e vice-versa, centrando-se sempre nas necessidades expostas pelo usuário. Os fragmentos de discursos, a seguir, exemplificam tal aspecto:

‘[...] esse da redução de danos, ele partiu da observação da nossa prática e nós constatamos que alguns pacientes eram resistentes e refratários a alguns grupos que acontecem aqui no CAPS. São pacientes que não conseguem, por um motivo ou outro, eles não conseguem abandonar o uso de um determinado tipo de droga. Então, a gente raciocinou assim: bem, já que ele não consegue abandonar o uso, pelo menos vamos trabalhar nessa perspectiva, mas, não deixando de enfatizar, também, a importância do não uso.’ (Enfermeiro – entrevistado 16)

‘Elas vêm com a demanda de que o uso de álcool, mas, assim, quando elas chegam aqui, elas não aceitam muito a questão da redução de danos pra elas que tem problema com a bebida. Elas acham que reduzir danos não é viável [...] muitos sintomas iniciam nessa fase, no início da abstinência, que são os tremores, as alucinações, delírios. Então, assim, nós começamos a dar essas informações, então para eles. Eles adoraram, porque eles desconheciam, eles sabiam que tremiam, mas qual era o meu primeiro passo? Eu vou no bar e eu bebo e o meu tremor passa. Então, eles desconhecem a questão dos medicamentos que podem estar facilitando, ajudando nesse primeiro momento.’ (Terapeuta ocupacional – entrevistada 13)

Em três CAPS AD, os das Regionais I, III e V, foi observado o desenvolvimento de atividades grupais que auxiliavam os usuários na manutenção da abstinência ou na redução de danos. Normalmente eram atividades grupais abordando técnicas de prevenção de recaídas ou estratégias de redução de danos. Observou-se, durante as entrevistas, que os profissionais

do CAPS AD da Regional IV aderiam mais às estratégias de redução de danos, mostrando maior disponibilidade em ofertar informações e a trabalhar com seu usuário nessa perspectiva.

A adoção de práticas incentivadoras do processo de abstinência ou de redução de danos nos serviços comunitários de saúde mental já vem sendo descrita pela literatura vigente. Kantorski, Lisboa e Souza (2005), por exemplo, abordaram a experiência de realização de um grupo de prevenção de recaídas de álcool e outras drogas em um CAPS AD. Para tanto, as autoras adotaram como referencial teórico a abordagem cognitivo-comportamental, a fim de trabalhar, no início, com a motivação para o tratamento e, posteriormente, com a aplicação de um inventário de habilidades para lidar com situações propiciadoras de recaídas.

Os grupos de ajuda-mútua, que têm práticas centradas no alcance da abstinência de seus participantes, já vêm sendo considerados como dispositivos terapêuticos importantes para aqueles usuários desejosos dessa condição. Burns e Labonia Filho (2008) comentam acerca de grupos como os Narcóticos Anônimos (NA) e os Alcoólicos Anônimos (AA), informando que esses espaços podem vir a ser benéficos para os dependentes de drogas que se identificam com esse tipo de intervenção.

A pesquisa de Lima (2009), realizada com participantes do AA, considerou que o grupo de autoajuda funcionava como um dispositivo de apoio aos sujeitos estudados, pois proporcionava, durante os encontros, acolhimento adequado, estimulando os participantes a expressarem seu sofrimento, direta ou indiretamente, ligado a sua condição de ser alcoolista.

Neste estudo, foi observado que o CAPS AD da Regional III tinha uma parceria com um dos AA, situado naquela área de abrangência. No dia de funcionamento do Grupo de Alcoolista daquele serviço era comum haver a participação de um dos membros do grupo de autoajuda, possibilitando o convívio e a troca de experiências entre os participantes do AA e os alcoolistas do CAPS AD.

Com relação às estratégias de redução de danos, também existem estudos apontando para a importância dos programas de redução de danos como propagadores dessa prática, enfatizando a relevância dos CAPS AD em articularem o seu saber-fazer junto a esses espaços. As pesquisas vêm considerando, ainda, o processo de capacitação de usuários, profissionais de saúde e ex-usuários de drogas no desempenho de atividades redutoras de danos como prática essencial na promoção de cuidados fora do ambiente institucional, mostrando os benefícios que podem surgir mediante a interação desses atores sociais nos locais onde se processa o uso e o convívio cotidiano. (DELBON, DA ROS; FERREIRA, 2006; PAES, 2006; PEREIRA, 2007; SOUZA *et al.* 2007).

Observou-se, contudo, durante a realização da pesquisa atual, que as estratégias de redução de danos são realizadas, predominantemente, nos espaços internos dos CAPS AD. Supõe-se que com o advento das atividades de apoio matricial, realizadas pelas equipes desses serviços junto às ESF, as estratégias de redução de danos sejam, gradualmente, inseridas em outros ambientes que lidam com populações usuárias de droga. Muitos profissionais referiram ser de fundamental importância o trabalho com as práticas de redução de danos, porém, ressaltaram o preconceito existente entre a maioria dos familiares dos usuários assistidos como barreira para a efetivação de ações mais ampliadas dentro desse enfoque.

No que concerne à prática específica de cada categoria profissional, percebeu-se que, embora o trabalho desenvolvido nos serviços demandasse uma atuação conjunta, as peculiaridades de cada profissão mantinham-se preservadas. A escuta, as orientações, as avaliações dos usuários, bem como a construção dos projetos terapêuticos de cada um deles eram funções comuns a todos os profissionais, entretanto cada qual procurava proporcionar contribuições com base em sua área de formação.

Os relatos a seguir mostram especificidades da prática mencionada por alguns profissionais do estudo.

‘A minha prática, eu faço acompanhamento clínico dos pacientes usuários de drogas, não só de drogas, como o álcool e o fumo. A gente faz a questão da avaliação clínica e, nessa avaliação clínica, muitas vezes, são tratadas as co-morbidades sociais ao uso das drogas e álcool.’ (Médico clínico – entrevistado 14)

‘Primeira coisa e o principal é a sistematização da assistência de enfermagem através da aplicação, da realização da consulta. Então, essa consulta eu realizo; tem o dia da semana aonde eu atendo os pacientes e vou fazer uma consulta de enfermagem, utilizando a metodologia adequada, que são três etapas que eu utilizo: o levantamento de dados, a prescrição e procuro fazer, também, a parte de evolução e o acompanhamento desses pacientes.’ (Enfermeiro – entrevistado 16)

‘Eu estou mais voltada na minha profissão, minha função, pelo suporte social mesmo, mais voltada também à família, a esclarecimento de dúvida, a orientações sobre benefícios, sobre a questão do tratamento, encaminhamentos, os suportes, as parcerias com os CRAS, com os Conselhos Tutelares, com a Justiça, e assim, muitas coisas envolvidas nesse âmbito.’ (Assistente social – entrevistada 1)

‘Sexta-feira de manhã eu estou no atendimento individual, na psicoterapia individual.’ (Psicóloga – entrevistada 18)

‘Pela manhã, eu faço grupo de terapia ocupacional, que são pacientes que são dependentes de álcool e têm outra co-morbidade ou algum transtorno ou algum déficit cognitivo ou algum idoso também. A gente faz o trabalho totalmente

voltado para a arte, pintura, reciclagem, resgate, grupos de atividade autoexpressiva, sociabilizante' (Terapeuta ocupacional – entrevistada 3)

O atendimento dos médicos, especificamente o dos clínicos, continua centrado, predominantemente, nos consultórios, enfatizando os sintomas apresentados pelos usuários e o respectivo tratamento medicamentoso. Conforme já referido, perceberam-se esforços por parte dos psiquiatras em estarem se engajando nas atividades de cunho comunitário e psicossocial, permitindo com isso o início de uma aproximação do entorno social da população com vistas a possibilitar uma atenção contínua.

Os cuidados dispensados pelos enfermeiros enfocavam o usuário de modo holístico, envolvendo seus familiares e o seu contexto social. É válido ressaltar que a consulta de enfermagem só foi referenciada pelo enfermeiro do CAPS AD da Regional III e que nesse serviço foram encontrados indícios apontando para a realização dessa atividade, tais como: registros efetivados nos prontuários de alguns usuários, marcação de consultas para o profissional enfermeiro e especificações feitas no cronograma de atividades da instituição.

Em todos os CAPS AD as funções principais do enfermeiro ligavam-se ao incentivo ao autocuidado dos usuários no concernente às questões de alimentação, medicação e higiene. Esse profissional também era responsável pelas solicitações de consultas médicas para casos específicos, realização de visitas, atendimentos em domicílio e busca ativa de usuários que não retornavam aos serviços, coordenação de grupos e oficinas, algumas vezes em conjunto com outros profissionais, e efetivação de registros de ocorrências e outras anotações nos prontuários.

Nos CAPS AD onde havia o setor de farmácia, presenciou-se uma parceria entre a equipe de enfermagem e o profissional farmacêutico, pois ambos se engajavam no gerenciamento do estoque de medicamentos do CAPS. Na sala de enfermagem ficava um “mini-estoque” de medicação destinado aos usuários intensivos e semi-intensivos, assistidos com maior rigor pela enfermagem. Sendo assim, o enfermeiro, juntamente com os técnicos de enfermagem, também se engajava na distribuição de medicamentos, orientações quanto ao uso, administração e monitoramento dos efeitos colaterais.

Silveira e Alves (2003) discutem acerca das transformações ocorridas na assistência prestada pelo enfermeiro nos serviços de saúde mental. Outrora, esses profissionais exerciam atividades de caráter hospitalocêntrico, direcionadas à prestação de cuidados físicos e gerais ao paciente, gerência do ambiente institucional e controle e

supervisão do processo de trabalho da equipe de enfermagem. A maior parte de sua atuação junto aos usuários do serviço era dependente do saber médico.

Atualmente a prática desse profissional no campo da saúde mental tem tentado incorporar, cada vez mais, aspectos relacionados às abordagens psicológicas e sociais. O conhecimento e a aplicação do processo de comunicação terapêutica junto ao paciente, enfatizado hoje pelos cursos de enfermagem do país, têm possibilitado uma atuação ativa do enfermeiro junto àqueles que necessitam de sua atenção, o que acaba por contribuir na construção de uma nova identidade desse profissional na atuação em saúde mental. (SILVEIRA; ALVES, 2003).

Existem trabalhos recentes relatando a utilização do processo de enfermagem como atividade desenvolvida em setores destinados especificamente aos pacientes psiquiátricos, incluindo o usuário de droga. Os estudos mostraram que a sistematização da assistência de enfermagem era propiciadora de uma abordagem personalizada e integral para esse sujeito, facilitando a prestação holística de cuidados, envolvendo as esferas física, psíquica e social. Além de permitir uma maior interação e troca contínua de informações com os outros profissionais prestadores de assistência a essa clientela. (SOUZA; SIQUEIRA, 2005; HELDT; RODRIGUES, 2006; FORNAZIER; SIQUIERA, 2006).

Conclui-se, portanto, que a consulta de enfermagem é um instrumento específico do enfermeiro, capaz de gerar importantes contribuições na abordagem integral ao usuário de substâncias psicoativas, devendo ser uma atividade também priorizada pelos enfermeiros atuantes nos CAPS.

Apesar dos avanços obtidos através dos tempos em relação ao saber-fazer do enfermeiro na área da saúde mental, ainda é notória a necessidade de maior instrumentalização teórico-prática para atuar de junto à demanda dos CAPS ou de outros serviços. O serviço substitutivo de saúde mental requer uma postura cada vez mais ativa desse profissional, sendo necessário que os cuidados prestados aos usuários em sofrimento psíquico sigam para além das dimensões físicas. Para tanto é necessário se trabalhar com os estigmas, de modo que se possa visualizar os vários aspectos de uma única situação.

Tavares (2005) destaca a importância da interdisciplinaridade como requisito necessário para a formação do enfermeiro psiquiátrico dentro da perspectiva de atenção psicossocial, ressaltando ser necessária a intensificação de parcerias entre universidades e serviços de saúde, a integração curricular de disciplinas de diferentes áreas e o uso de metodologias problematizadoras de ensino para a formação interdisciplinar desse profissional.

Com relação às outras três categorias profissionais participantes da pesquisa foi observado que o assistente social procurava exercer uma função de suporte, enfocando e agindo sobre o contexto social no qual o usuário do serviço se inseria. Entretanto, também procurava interagir diretamente com cada usuário durante o acolhimento, as entrevistas individuais para a abertura de prontuários, as orientações para encaminhamentos aos equipamentos sociais e recebimento de benefícios.

O estudo de Souza (2007) mostrou que em um CAPS AD de um município do Rio Grande do Sul o assistente social procurava se engajar juntamente com outras categorias profissionais na organização e execução de algumas ações de assistência social, tais como o apoio para a solução de precárias condições de vida e geração de renda e moradia.

Nos quatro CAPS AD investigados foram evidenciadas articulações feitas entre assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro e psicólogo. A interação do assistente social junto ao terapeuta ocupacional foi percebida com maior destaque nos CAPS AD das Regionais III, IV e V, já que ambas as categorias atuavam, principalmente, no sentido de instrumentalizar o usuário do serviço para a geração de sua renda própria. Dessa forma, era comum ver esses profissionais planejando as atividades dos grupos de inclusão produtiva e coordenando conjuntamente esse tipo de atendimento grupal.

Como o assistente social tem procurado interagir diretamente com a população assistida pelo CAPS AD, de forma a aliviar os fatores estressores presentes no cotidiano dos usuários, considera-se favorável sua atuação conjunta com categorias profissionais que procuram lidar com o usuário e suas demandas, utilizando-se da escuta e diálogo, estimulando-os às mais variadas formas de expressão.

Oliveira (2006) discorre sobre sua experiência clínica, como terapeuta ocupacional, com usuários de substâncias psicoativas em uma instituição psiquiátrica hospitalar, mostrando que a atuação da terapia ocupacional, utilizando principalmente abordagens grupais, tem sido eficaz no processo terapêutico desses sujeitos por facilitar a expressão de suas subjetividades e auxiliar em suas reconstruções psíquicas.

O psicólogo é outro profissional que esteve igualmente inserido no processo de atenção aos usuários dos CAPS AD investigados. Observou-se que sua prática ainda está muito vinculada ao consultório e aos atendimentos grupais realizados intra-CAPS. No entanto é um profissional que tem buscado se conectar a outras áreas de conhecimento, integrando-se ao saber-fazer dos demais profissionais, com vistas a proporcionar uma atenção integral ao usuário de droga, objetivando voltar sua atuação para os aspectos psicossociais deste.

Nos CAPS AD constatou-se que a maioria dos psicólogos procuravam atuar de forma articulada com os assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e artistas, principalmente nos atendimentos grupais, utilizando-se de técnicas que permitiam abordar, tanto questões psíquicas, quanto sociais, objetivando a reabilitação psicossocial e a reintegração do usuário em sociedade. No CAPS AD da Regional IV a psicóloga referiu seu engajamento em algumas atividades comunitárias, destacando também as intervenções realizadas pelos outros profissionais na Comunidade da Boba, que faz parte da área de abrangência do serviço e apresenta uma diversidade de problemas socioeconômicos.

‘E tem as outras intervenções que a gente faz, as intervenções comunitárias. Existe um Projeto da Boba. Um projeto que uma equipe está indo para esse projeto, que aí faz algumas ligações com pastores, com líderes de comunidade, e outro projeto que a gente também está indo com os recicladores, duas unidades, e eu faço parte desse projeto, desse segundo. A gente vai lá e oferece um caldo, nesse caldo a gente tem uma conversa, do que eles sugerem lá. Na verdade a gente vai lá na escuta mesmo.’ (Psicóloga – entrevistada 6)

Os estudos recentes apontam para as dificuldades da psicologia se inserir como campo interdisciplinar de intervenção na área de saúde mental. Traverso-Yépez (2001) afirma que, embora muito se debata acerca do modelo biopsicossocial, ainda se enfatiza a etiologia biologicista, a concepção fragmentada de saúde, e o caráter impositivo e normatizador da visão positivista da ciência, dando-se pouca importância aos aspectos psicológicos, sociais e ecológicos como mediadores dos processos saúde-doença. Isso favorece uma formação frágil do profissional psicólogo, pois seu raciocínio clínico e visão tornam-se individualistas, fragmentados e descontextualizados dos comportamentos humanos relacionados à saúde e à doença.

O novo Paradigma de Atenção Psicossocial e a conseqüente inserção dos psicólogos nos serviços comunitários de saúde abrem portas para que ocorram modificações na formação desse profissional, objetivando a promoção de práticas de saúde embasadas na interdisciplinaridade e na aquisição de saberes advindos de diversos outros campos de conhecimento. Entretanto, é preciso destacar que tal processo tem se constituído de modo gradual e que algumas pesquisas já apontam para mudanças e desafios surgidos.

Figueiredo e Rodrigues (2004) investigaram concepções e práticas descritas por nove psicólogos atuantes em CAPS do Espírito Santo, constatando que o conceito de desinstitucionalização aparecia mais como um elemento de discussão teórica do que como orientador das práticas do CAPS. As autoras observaram uma predominância do atendimento

clínico e a realização de poucas atividades, vislumbrando uma possível reinserção social dos usuários dos serviços e intervenções no campo social.

Gama e Koda (2008) relatam a iniciativa de uma universidade situada no interior de São Paulo em inserir os acadêmicos da disciplina de Psicologia Comunitária em um Programa de Saúde da Família, possibilitando intervenções junto aos pacientes da unidade e a interação dos alunos com a equipe do PSF. Segundo os autores, a experiência enalteceu a importância do trabalho da saúde mental no PSF, principalmente no concernente ao estabelecimento de uma lógica preventiva e de promoção da saúde.

Souza (2007) descreve suas observações sobre as práticas desenvolvidas pelos membros da equipe de um CAPS AD do Sul do Brasil. Ao acompanhar as atividades e atendimentos realizados pelas psicólogas, a autora constatou que algumas estavam presas aos atendimentos ambulatoriais, demonstrando dificuldades em se desvencilhar dessa prática. A maioria das profissionais, porém, procurava voltar suas atuações para questões psicossociais presentes na vida do usuário mediante o desenvolvimento de atividades dentro e fora do serviço.

O presente estudo permitiu constatar que a maioria dos profissionais pertencentes à equipe dos CAPS AD tem tentado articular saberes, construindo práticas embasadas nessa articulação. Pinho (2006) dá destaque à sobreposição de papéis em uma equipe de saúde como uma passagem para a consolidação de uma atuação interdisciplinar. Para que isso ocorra, a autora afirma que é necessário que haja uma abertura das sólidas barreiras disciplinares para o recebimento de contribuições advindas de saberes diversos.

Diante do exposto, percebe-se que a interdisciplinaridade vem, aos poucos, sendo processada nos serviços de saúde investigados, contribuindo, assim, para a prestação de uma assistência holística ao usuário de droga. Além disso, os profissionais têm se esforçado na busca de estratégias possibilitadoras de reabilitação psicossocial e reinserção social, priorizando a participação ativa do usuário em seu tratamento.

7.2 Buscando a integralidade da assistência e articulações intersetoriais

Sabe-se que atualmente o foco da assistência prestada aos usuários de álcool e outras drogas não se encontra mais restrito aos serviços de saúde, visto que as mudanças no conceito de saúde e doença mental possibilitaram uma reformulação de saberes e práticas, e o

consequente surgimento de novas políticas detentoras da lógica de atenção psicossocial, objetivando proporcionar recursos variados para a prestação de uma assistência integral à saúde dessa demanda com vistas, também, à efetivação de ações intersetoriais.

Em virtude disso, considerou-se necessário conhecer que outros recursos, além do CAPS AD, eram vistos como importantes pelos profissionais para o tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, e de que forma o CAPS AD, enquanto serviço comunitário de saúde mental, vinha se integrando aos recursos citados.

Os primeiros fragmentos aqui abordados dão ênfase aos outros serviços de saúde necessários para a oferta de uma assistência integral ao usuário do CAPS AD:

‘Se o paciente muitas vezes está em surto, uma emergência psiquiátrica. Nós temos que buscar realmente... abordagens de intervenção farmacológica, com sedativos, como também temos que, às vezes, dar um suporte. Um suporte de contenção física. E, até às vezes, buscar um internamento realmente.’ (Médico clínico – entrevistado 5)

‘Que outras coisas a gente poderia. A gente precisa de hospitais? Precisa, precisa de hospitais, sim. E a gente precisa de um vínculo muito bom com hospitais clínicos para problemas clínicos mesmo [...]. E a gente está tentando, ainda, formar esse vínculo com os hospitais. [...] a gente precisa disso, a gente precisa de hospitais, a gente precisa da rede básica de saúde, a gente precisa dos agentes comunitários, a gente precisa de, eventualmente, mas, a gente precisa de comunidades terapêuticas, não na perspectiva, na demanda que está na cabeça da maioria das pessoas, mas a gente precisa mesmo.’ (Médico psiquiatra – entrevistado 10)

‘Esses elementos, eles já existem, porém eles precisam melhor ser integrados, eles precisam funcionar. Por exemplo, a atenção básica deveria ser, teoricamente de acordo com o que diz o SUS, a principal porta de entrada para os serviços mais especializados, como por exemplo o CAPS, entendeu? Deveria haver uma melhor integração entre a atenção básica, o CAPS, os outros equipamentos, tipo hospitais etc e tal.’ (Enfermeiro – entrevistado 16)

Amarante (2007) refere que, no contexto de saúde mental e atenção psicossocial, a crise é entendida como um momento que pode culminar no desequilíbrio das relações entre um sujeito e terceiros, sejam familiares, vizinhos ou mesmo desconhecidos. Sendo assim, nessa perspectiva, ela passa a ser vista como processo social e não puramente biológico ou psicológico.

O autor ressalta, também, que é importante haver, antes de tudo, o estabelecimento de vínculos afetivos e profissionais entre os usuários de um dado serviço e a equipe envolvida no processo de atendimento. Embasado nisso, o autor fala de uma primeira rede, que é evidenciada quando o usuário se insere em um serviço de atenção psicossocial, a

rede de relações entre os sujeitos que escutam e cuidam – médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros atores sociais presentes no complexo processo de interação – e os sujeitos que vivenciam as problemáticas – usuários, familiares e outros.

Com base no exposto, considera-se como necessária a existência de serviços que proporcionem acolhimento adequado a pessoas nessa situação, a fim de que elas possam ter espaço para a expressão de suas angústias, dificuldades e expectativas.

Faria (2006) descreve a experiência de um CAPS AD localizado na cidade de Belo Horizonte, que tem como estratégia de recepção, o acolhimento diário feito por dois profissionais de nível superior, não pertencentes à classe médica. Afirma que na primeira entrevista feita com o usuário de droga são avaliados vários aspectos, dentre os quais estão os danos sociais ocasionados pelo consumo da droga, tais como o rompimento com os laços familiares, trabalho e escola.

A partir desse contato é possível se formular um plano terapêutico, visando definir quais os recursos disponibilizados no serviço podem ser utilizados no tratamento dessa pessoa. Todavia, a atenção ao usuário de álcool e outras drogas não se restringe exclusivamente ao CAPS AD, podendo contar com o apoio de outros serviços, tais como os hospitais gerais e psiquiátricos, centros de saúde, Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) e fazendas terapêuticas. O processo de referência é ativado ao se levar em consideração as necessidades de cada caso atendido.

Passado pelo acolhimento, caso seja constatado que o usuário se insere na demanda do CAPS AD, o profissional e ele elaboram em conjunto o plano terapêutico. Daí, o usuário pode se engajar nas atividades ofertadas pelo serviço, estreitando laços com a equipe multidisciplinar, que ficará responsável pelo seu acompanhamento. Porém, caso existam outras ações que devam ser executadas em outros serviços é imprescindível que o princípio da integralidade da assistência, disposto no Sistema Único de Saúde, seja obedecido, para que possa haver o acesso a outros espaços que darão o devido suporte ao tratamento. (FARIA, 2006).

É pertinente referir que os recursos e serviços disponíveis à população em situação de abuso ou dependência de drogas são variados e apresentados em diversos níveis de atenção. Tais recursos seguem desde o uso das mais leves das tecnologias de cuidado, que, conforme Merhy e Franco (2004), são o acolhimento e o vínculo, até a internação hospitalar, a qual não deixou de ter importância na atenção a situações merecedoras de urgência e emergência clínica e/ou psiquiátrica.

A Lei Orgânica nº 8.080 de 1990 reforça o que é colocado no artigo 198 do Capítulo II da Constituição Federal Brasileira de 1988, afirmando que o usuário do Sistema Nacional de Saúde tem universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção do sistema, e que a assistência nesses níveis deve ser garantida de forma articulada e contínua, pois se considera a saúde como um processo dinâmico que exige atenção sobre as diversas dimensões de necessidades do ser humano, sejam elas biológicas, psicológicas ou sociais.

O texto da Lei nº 8.080 também deixa claro que a integralidade da assistência deve ser entendida enquanto conjunto que articula e integra as ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos. Isso indica, portanto, a necessidade de se superar a dicotomia de serviços preventivos versus serviços curativos. No caso dos CAPS AD é importante esclarecer que este é um local especializado no atendimento da população que apresenta graves transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas, e não um espaço que deve se responsabilizar por toda e qualquer pessoa que tenha problema com o álcool e outras drogas, pois para isso existem outros espaços de atenção e tratamento. (BRASIL, 2002, 2003, 2004b).

De acordo com Cruz e Ferreira (2007), como os usuários de drogas apresentam padrões de uso diferentes, é possível que uma boa parte deles possa ser incluída na rede de atenção básica e o trabalho desenvolvido pelos CAPS AD se voltaria para os casos graves. No entanto, segundo a nova lógica de integração entre os elementos constituintes de uma rede de atenção em saúde, o apoio matricial, os dois serviços devem agir em conjunto para que o CAPS dê o suporte necessário quando os serviços de atenção básica não conseguirem solucionar os impasses pertinentes à saúde mental.

É necessário se reportar ao processo de intersetorialidade, cuja construção se dá como uma forma de intervir na realidade social através da interconexão de instituições e atores sociais necessários para integrar e articular saberes e práticas, estabelecendo um conjunto de relações e culminando na construção de uma rede. (JUNQUEIRA, 1999). A intervenção em rede, atualmente, requer o estabelecimento de laços horizontais, de interdependência e complementaridade entre diferentes agentes, serviços, organizações governamentais e não governamentais, e a comunidade.

Os relatos a seguir vêm apontando para a importância dos recursos pertencentes a outros contextos no suporte ao processo de tratamento e reinserção social da população assistida pelo CAPS AD:

'A gente tem que ter uma boa parceria com a família. O tratamento do usuário, ele tem que ser junto à família. Não adianta você tratar só a pessoa, você tem que tratar a família também. E existe toda uma preocupação nossa para que a gente reinsira essa pessoa na sociedade, procurando ajudá-lo na questão do trabalho, quando ele está já em condição de trabalhar, conseguindo cursos para que ele possa se aperfeiçoar em alguma atividade.' (Psicóloga – entrevistada 4)

'Equipamentos sociais, educacionais, de esporte e lazer, profissionalizantes, de interações comunitárias, de fortalecimento do vínculo familiar.' (Enfermeira – entrevistada 7)

'Então pessoas que estão sem estudar há anos, que não completaram os estudos, a gente tem entrado em contato com o CEJA; a gente explica para eles como que é lá no CEJA, Centro de Educação de Jovens e Adultos, para eles estarem se engajando nessas atividades lá fora. Alguns pacientes estão se engajando, também, na questão da economia solidária, reciclar material, para ver se eles conseguem sair. [...]. A gente tem buscado algumas parcerias, cursos em centros comunitários. Alguns estão indo, fazem cursos fora, alguns cursos a gente consegue aqui dentro, mas nosso objetivo é que ele encontre a autonomia dele enquanto sujeito, e aí lá fora mesmo.' (Assistente social – entrevistada 11)

'Ah, com certeza, as terapias alternativas, massoterapia, participar de alguma atividade física, de alguma outra forma que ele possa ter apoio desvinculado do CAPS, que não fique só aqui. E também, a gente encaminha para os NAs, AA, que eles funcionam à noite, final de semana, que o CAPS não está funcionando.' (Terapeuta ocupacional – entrevistada 17)

As falas dos profissionais mostram que é imprescindível que instituições de base territorial, como os CAPS AD, atuem realmente na comunidade, assumindo seu papel estratégico na articulação, assistência e regulação da rede de atenção e apoio ao usuário de droga. Para isso, Amarante (2007) refere que é necessário que se saia da sede do serviço e se busque na sociedade vínculos que se complementem e ampliem os recursos existentes no âmbito institucional.

A articulação deve existir com todos os recursos presentes no campo da saúde, da saúde mental, das políticas públicas em geral e no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil. Desse modo, são vários os espaços pensados por Amarante (2007), destacando-se: serviços de saúde em geral e saúde mental, o Ministério Público, a Previdência Social, delegacias, instituições para idosos, crianças, desassistidos em geral, igrejas, dentre outros. Sendo necessário que a 'rede' seja a forma de organização das políticas de saúde mental e atenção psicossocial.

O termo 'rede' origina-se do latim, *rete*, e é definido pelos dicionários da língua portuguesa como o entrelaçamento de fios com aberturas regulares, capazes de formar uma espécie de tecido. A partir da noção de entrelaçamento, assim como da estrutura reticulada, a

palavra rede foi ganhando novos significados, de modo a caracterizar-se diante das mais diferenciadas situações. As redes podem ser consideradas como sistemas organizacionais capazes de reunir indivíduos e instituições, de modo democrático e participativo, em torno de objetivos e realizações comuns (NEVES, 2009). No plano das políticas públicas de saúde, uma rede de atenção em saúde constitui-se de ação articulada e integrada entre as diversas organizações governamentais e não governamentais que atuam nas políticas de saúde. Só existe a rede na medida em que ela integra e articula diferentes ações.

Outro conceito de rede que vem sendo muito disseminado atualmente, principalmente quando se discute acerca do tratamento e reinserção social do usuário de droga, é o de rede social, que diz respeito a um conjunto de relações interpessoais concretas que vinculam indivíduos a outros indivíduos. Consoante o Ministério da Saúde, o homem estabelece sua primeira rede de relação com a família. O aprendizado e a socialização adquiridos no âmbito familiar fazem com que ele busque novas redes sociais. A inserção e a convivência do homem com um grupo de pessoas moldam sua identidade social, fazendo com que passe a existir um sentimento de pertencimento e valorização pessoal. (BRASIL, 2007e).

Os vínculos estabelecidos em grupos situados fora do contexto familiar são intencionais e se definem por afinidades e interesses em comum. Dessa forma, o grupo pode influenciar comportamentos e atitudes, funcionando como ponto de uma rede de referência que, por sua vez, se constitui de outros grupos, pessoas ou instituições, exercendo cada um uma função particular na vida da pessoa. (BRASIL, 2007e).

Embasando-se no processo de intersetorialidade, o ideal seria que houvesse um trabalho em conjunto dessas redes, a fim de ampliar as possibilidades de assistir o usuário de substância psicoativa. A literatura pertinente à problemática de álcool e outras drogas já mostra pesquisas se reportando a alguns componentes das redes sociais enquanto elementos fortalecedores da adesão do usuário de droga ao tratamento em serviços de saúde.

Pesquisa realizada por Souza e Kantorski (2009) teve como foco central a rede social de usuários sob tratamento em um CAPS AD, objetivando a identificação dessa rede, a fim de refletir acerca da qualidade e situação dos vínculos estabelecidos com pessoas e lugares importantes para os sujeitos do estudo. As autoras, utilizando-se de ecomapas, objetivaram conhecer os vínculos mais comprometidos em toda a história de dependência de álcool e outras drogas, podendo visualizar, também, a rede social construída por cada um dos participantes do estudo.

Identificaram a existência de vínculos fortes estabelecidos entre os usuários e algum familiar, não só afetivo, mas, também de apoio. O CAPS AD e sua equipe

multidisciplinar se fizeram presentes como elementos das cinco redes sociais mapeadas. As vinculações estabelecidas entre os usuários e esses dois componentes variaram de fortes a moderadas, mas todos identificaram o CAPS AD como um vínculo apoiador. Além deste, outros dispositivos de apoio foram identificados, tais como: associação de usuários, profissionais específicos do serviço, uma das autoras do estudo, amigos do CAPS AD, vizinhos, colegas, o Grupo de Alcoólicos Anônimos e algumas instituições religiosas. (SOUZA; KANTORSKI, 2009).

A pesquisa de Lima (2009) destacou o grupo de autoajuda enquanto dispositivo de apoio aos seus partícipes desde o acolhimento, perpassando pela oferta de um programa que possui metas atingíveis e por funcionar como espaço de expressão ao alcoolista, incluindo a expressão das adversidades que surgiam no convívio com o alcoolismo. Além disso, o grupo fortalecia-se enquanto dispositivo de apoio aos alcoolistas, por tentar se articular com outros espaços que tinham a mesma finalidade.

Nasi e Hildebrandt (2007), por sua vez, reforçam a ideia de que o abuso de droga e a dependência química fragilizam as relações dos usuários no ambiente de trabalho e no contexto familiar, sendo de fundamental importância que os relacionamentos desenvolvidos nesses locais possam ser melhorados no decorrer do tratamento para que o usuário retome sua vida afetiva e social.

Os estudos mencionados mostram o quanto é necessário que serviços como os CAPS AD atuem, não só estreitando relações com outros serviços de saúde e saúde mental, mas, também, com diversos outros componentes presentes nas redes sociais de seus usuários. Para isso, seria importante, antes de tudo, que os profissionais envolvidos na assistência percebessem os territórios onde o usuário vive, enquanto micro locais geradores de dinâmicas nas quais famílias, associações de moradores, escolas e creches se organizam de modo geográfico, político e simbólico, constituindo uma territorialidade. (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

As construções das redes de atenção e apoio se tornam efetivas após o mapeamento dos recursos dispostos no território onde habita o usuário de um determinado serviço ou instituição. Uma vez identificados os recursos, torna-se possível se pensar no estabelecimento de articulações entre eles, a fim de que haja trocas de saberes e práticas, e o fortalecimento recíproco de cada um. Dessa forma, poderá ocorrer a construção e o estreitamento de fios, que irão permitir um processo de comunicação adequado entre os constituintes da rede. Tudo isso repercutirá no fortalecimento de todo o conjunto,

beneficiando os grupamentos humanos que habitarem o território e necessitarem lançar mão dos elementos presentes nesse sistema. (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

Notou-se, no entanto, que as tentativas de articulação dos CAPS AD, da presente pesquisa, com os familiares e os demais espaços terapêuticos existentes nas áreas de abrangência desses serviços ocorrem, ainda, de modo pontual. De acordo com os relatos dos profissionais, a atuação junto aos familiares e os estímulos à reinserção social por meio da inclusão produtiva encontram-se bastante vinculados aos serviços, através da realização de atendimentos individuais, grupais e visitas domiciliares com enfoque no contexto familiar, bem como, mediante o desenvolvimento de grupos objetivando incentivar e capacitar os usuários interessados no aprendizado de uma atividade específica para a obtenção de renda.

Alguns profissionais mencionaram as dificuldades que encontram para efetivar o processo de articulação com recursos disponíveis nas comunidades, dentre elas estão: o preconceito da sociedade em relação ao dependente químico; escassez de espaços sociais que capacitem essas pessoas para integrá-las ao mercado de trabalho; e a sobrecarga de afazeres intrainstitucionais, impossibilitando um maior desenvolvimento de atividades comunitárias.

Pitiá e Furegato (2009) discutem acerca do acompanhamento terapêutico como uma estratégia importante para o melhor envolvimento dos técnicos de serviços comunitários de saúde mental nos contextos familiar, social e cultural dos seus usuários.

Conforme as autoras, o acompanhamento terapêutico se caracteriza pela prática de saída pela cidade, ou de estar ao lado da pessoa em dificuldades psicossociais com o intuito de elaborar um guia terapêutico visando articulá-la novamente ao seu entorno social através de ações sustentadas que possibilitem o sujeito a utilizar os recursos presentes em seu meio, levando em consideração suas atuais limitações.

O acompanhante terapêutico, ao se inserir de forma contínua no contexto em que o sujeito convive com sua rede de apoio social, torna-se propenso a trabalhar e solucionar impasses que não podem ser devidamente resolvidos quando a atuação é centrada no interior dos serviços. (PITIÁ; FUREGATO, 2009).

Os discursos a seguir mostram algumas iniciativas dos profissionais em estarem fazendo interconexões entre os CAPS AD e outros espaços das comunidades possivelmente úteis para a atenção e suporte ao dependente de drogas:

'A gente tem tentado nas escolas, buscando se aproximar um pouco mais das escolas para que os adolescentes tenham mais conhecimento de como eles podem prevenir. Porque, o que a gente percebe aqui? Que a faixa etária de

início começa geralmente na adolescência.’ (Terapeuta ocupacional – entrevistada 3)

‘Eu tenho, também, um curso de agente cultural como exibidora de filmes nas comunidades. Que não é só voltado para filme, para cinema, mas, também, movimentos artísticos. Aí tem um movimento social que eu estou vinculada, que é aqui na Serrinha, bem pertinho do CAPS, e que a gente faz essas exposições nas comunidades da Regional IV. E sempre nesses eventos se coloca, se divulga o CAPS, se coloca a ideia do CAPS, coisa do incentivo à cultura e também, do mesmo jeito, esses pacientes são incentivados a ir pra esses eventos.’ (Enfermeira – entrevistada 7)

‘Eu, particularmente, eu já tentei entrar em contato com determinado hospital de Fortaleza, [...], e eu senti na pele essa discriminação. Mas a gente tem tentado se articular junto com a coordenação do CAPS, não só à coordenação como junto à coordenação da saúde mental da nossa Regional, na tentativa de buscar uma maior flexibilidade e aceitação desses pacientes, que necessitam, muitas vezes, de um internamento para a estabilização do quadro clínico.’ (Médico clínico – entrevistado 14)

‘Alguns pacientes, nós já fizemos currículos deles, e já fomos entregar no SINE. Nós não, eles próprios foram entregar no SINE, mas o currículo foi elaborado pelo serviço social aqui no CAPS. E, teve uma semana que se eu não me engano, foi uma semana do trabalhador, que foi lá na Monsenhor Tabosa, que é o SENAC, SEDAE, não. Como é o nome? SEBRAE. Aí a gente fez, levou uma porção deles lá, entregamos currículo e foi feita uma exposição lá com eles sobre os cursos, essas coisas todas.’ (Assistente social – entrevistada 15)

‘Eu participo do matriciamento e nessa atividade do matriciamento a gente procura fazer essa integração. Como? Eu como enfermeiro busco, participo de visita domiciliar conjunta com a outra equipe, a gente procura fazer o atendimento de casos em conjunto também. Além da visita, existem os atendimentos lá na própria comunidade. Existem também as visitas que são realizadas, não por mim, mas por outros profissionais nas instituições, nas escolas e tudo isso é divulgado.’ (Enfermeiro – entrevistado 16)

Enquanto serviço comunitário de saúde mental, o CAPS é um dos nódulos que compõem a rede de atenção e apoio ao usuário de droga. Sendo assim, ele precisa ter canais de comunicação internos e externos que possibilitem a integração de ações intra e interinstitucionais, estabelecendo elos não só com outras instituições sanitárias, mas com os familiares, a vizinhança, associações de moradores, equipamentos do Poder Judiciário, escolas, igrejas, dentre outros. (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

De acordo com os relatos dos profissionais e as afirmações dos autores anteriores, observa-se que inexistente, na cidade de Fortaleza, uma rede articulada dos dispositivos de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. O CAPS AD constitui-se em um dispositivo, dentre outros, que são capazes de assistir essa população. Porém, Lima (2009) reafirma a

importância de articulações consolidadas entre os elementos das redes sociais de apoio dos alcoolistas para um adequado tratamento e reinserção social desses sujeitos.

Vale ressaltar que alguns profissionais entrevistados mencionaram parcerias estabelecidas com espaços comunitários presentes no município de Fortaleza, que lidam diretamente com pessoas usuárias de drogas ou vulneráveis ao uso, tais como: a Fundação da Criança e da Família Cidadã (FUNCI), o Projeto Quatro Varas da comunidade do Bairro Pirambu na Regional I, os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), e os Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos distribuídos por todas as regionais da cidade. As parcerias ou tentativas de estabelecimento de vínculos citadas consistiam em encaminhamentos, incentivos feitos durante os atendimentos individuais e grupais para o engajamento dos usuários nesses espaços, visitas organizadas com profissionais e usuários a algumas dessas instituições e iniciativas de alguns profissionais dos CAPS AD em estarem desenvolvendo atividades grupais junto aos participantes desses locais.

No que diz respeito aos serviços de saúde, a estratégia de apoio matricial está começando a ser realizada no município de Fortaleza, possibilitando o início de uma articulação sólida entre a saúde mental e a atenção básica. Cogita-se que, com o estabelecimento de laços fortes e contínuos entre os CAPS e a Estratégia de Saúde da Família poderão ser devidamente efetivadas e incrementadas as interconexões com os demais espaços úteis na atenção aos casos de abuso e dependência de droga psicoativas.

Os profissionais da atenção básica, conhecidos no apoio matricial como profissionais de referência, por necessitarem estar familiarizados com o território onde habita a população atendida na unidade de saúde, têm a capacidade de intervir diretamente nas comunidades. Dessa maneira, tornam-se capazes de planejar, organizar e implementar, em conjunto com os profissionais de saúde mental, ações capazes de integrar os diversos equipamentos sociais e de saúde presentes em uma comunidade, formando, assim, uma rede sistemática de atenção e apoio aos usuários de droga.

Alguns estudos já descrevem benefícios e impasses surgidos devido às tentativas de aplicação da lógica do matriciamento, muito divulgada atualmente pelo Ministério da Saúde. Figueiredo e Campos (2009) refletem sobre a experiência do município de Campinas (SP), mencionando avanços e impasses provocados pela adesão à lógica do apoio matricial. Os principais progressos, sem dúvida, estiveram relacionados à atuação conjunta entre as equipes de referência e as de saúde mental, possibilitando atuações na perspectiva da clínica ampliada e a montagem de projetos terapêuticos individuais para cada caso, levando-se em consideração os recursos disponíveis no território.

Figueiredo e Campos (2009), todavia, apontaram alguns impasses revelados pelos profissionais e gestores no tocante à concretização desse suporte. Dentre eles esteve a questão da falta de formação acadêmica e consequente insegurança dos profissionais da atenção básica para lidar com questões que envolviam o sofrimento psíquico. Os conceitos de saúde mental apreendidos dos profissionais das equipes de saúde mental e de referência davam ênfase à diversidade de fatores psíquicos e sociais presentes na vida de pessoas com transtornos mentais ou sofrimentos psíquicos. Em virtude disso, a maioria dos profissionais, de ambas as equipes, deu a devida importância para as práticas incentivadoras do estabelecimento de vínculos sociais e de inclusão produtiva. Tal fato é de importância fundamental para a modificação da assistência embasada no modelo curativista, pois as concepções teóricas dos atores envolvidos no processo influenciam seu modo de pensar, repercutindo no desenvolvimento das práticas. Nesse caso específico, possibilita a valorização das práticas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população alvo da *práxis*.

Bezerra e Dimenstein (2008), em pesquisa realizada com trabalhadores de saúde mental inseridos nos CAPS II e AD, sobre a proposta de matriciamento junto às equipes das ESF no município de Natal (RN), concluíram que o apoio matricial ainda é uma prática em construção naquele município, havendo uma articulação precária entre os CAPS e a rede de atenção básica, resquícios do modelo biomédico e falta de formação adequada dos profissionais para lidarem com problemas de saúde mental. Todavia, os participantes do estudo concordam sobre a importância do matriciamento como ferramenta capaz de proporcionar a integralidade da assistência e a atuação interdisciplinar em saúde, mesmo reconhecendo a existência de muitos entraves estruturais.

Diante do exposto, percebe-se que a construção de redes de atenção e apoio à demanda de saúde mental é uma tarefa importante e necessária para o desenvolvimento de ações comunitárias articuladas. Considera-se que, assim como nos dois municípios estudados, a cidade de Fortaleza, no que concerne à atenção ao usuário de droga, encontra-se em fase de construção e fortalecimento desses laços. Apesar de existirem, também, impasses de cunho estrutural, percebe-se que iniciativas de inserção e atuação nos territórios já estão sendo processadas pelas equipes dos CAPS AD pesquisados. Reconhece-se a importância de um maior engajamento e participação ativa de profissionais e usuários dos referidos serviços na organização do sistema de saúde, com vistas a efetivar a integralidade da assistência e a proporcionar as implementações das ações intersetoriais.

7.3 Alta dos usuários e avaliação de práticas

Ao serem feitos questionamentos sobre o processo de alta dos usuários inseridos nos CAPS AD foi observado que os principais critérios considerados pelos profissionais estavam relacionados à reinserção social por meio da retomada de atividades de vida diária nos contextos familiar, do trabalho ou escola, bem como aos aspectos intrínsecos aos processos de abstinência ou redução de danos, conforme pode ser visualizado nos relatos que se seguem:

‘Sem ter problema nenhum físico e sair com a parte orgânica dele toda funcionando. Não obrigatoriamente deixar de usar droga, mas trabalhar esse uso de droga, ou seja, ele pode sair ou não usando droga. Ele pode estar usando e usando sendo controlado. É reinserção à sociedade, ele estar reinserindo na sociedade, ele está trabalhando, voltando a estudar, estar bem com a família.’ (Enfermeira – entrevistada 2)

‘Os critérios basicamente são esses: é a qualidade de vida do paciente; como é que está a relação dele com a droga; como é que está o processo dele enquanto pessoa, enquanto ser humano para poder assumir o seu papel lá fora; autonomia, a questão da cidadania, se está claro para ele viver como cidadão. Então, dependendo de como está esse processo dele e dependendo, também, da avaliação da psicologia, do serviço social, da enfermagem, do psiquiatra, esse paciente vai receber alta.’ (Assistente social – entrevistada 8)

‘Um dos critérios mais importante é quando ele realmente se abstém do uso da droga, quando o paciente deixa de usar a droga por um período entre dois a três meses. Ele pode deixar de usar a medicação, mas seria interessante mais uns três meses, ele sendo acompanhado mensal ou a cada quarenta e cinco dias até totalizar seis meses.’ (Médico clínico – entrevistado 14)

‘Primeiro, a força de vontade, que eu sempre acho que cada um tem que ter. Uma abstinência realmente bastante grande para poder ele, poder ser trabalhado ele próprio nesse período. De como ele vai ver essa droga, de como ele vai entrar em contato e realmente não vai se misturar novamente. Ele ter realmente disposição para voltar ao trabalho, ser uma pessoa disponível para isso e não fazer corpo mole.’ (Assistente social – entrevistada 15)

‘Eu acho que um dos critérios seria a análise das habilidades sociais dele, como é que estão. Se ele já pode voltar a trabalhar, se já foi trabalhado esses surtos, se ele já passou por isso e aí já pode pegar em dinheiro. Porque o temor deles aqui é pegar em dinheiro, alguns. Então, se ele já passou por essa fase, se já está bem, já pode lidar com essas habilidades, eu acho que seria um dos critérios.’ (Terapeuta ocupacional – entrevistada 17)

Percebe-se que, em quase todos os relatos, aspectos relacionados ao processo de reinserção social foram mencionados pelos entrevistados. A maioria considerou que a retomada de habilidades sociais é um importante critério para a alta do usuário dos CAPS AD.

Ambientes como a família, o trabalho e a escola são vistos como propiciadores de contato dos usuários com antigos vínculos fragilizados por conta do abuso e dependência de drogas.

Concordando com o Ministério da Saúde, considera-se que a exclusão social é entendida como a privação do acesso aos sistemas sociais básicos, como família, moradia, trabalho formal ou informal, saúde, dentre outros. A reinserção social, portanto, assume o caráter de reconstrução de perdas, objetivando proporcionar ao sujeito o exercício pleno do seu direito à cidadania. (BRASIL, 2008b).

No referente ao usuário de droga, em fase de recuperação da síndrome de dependência, a retomada da cidadania se relaciona ao estabelecimento ou resgate de vínculos entre os elementos constituintes de uma rede social de apoio desestruturada ou fragilizada pelo abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Dessa maneira, o processo de reinserção social, visto enquanto condição capaz de reativar o convívio e novas relações entre os constituintes das redes de apoio social dos usuários dos CAPS AD, merece ser considerado enquanto critério de alta, já que o objetivo do CAPS, como serviço substitutivo de saúde mental, é proporcionar e promover a reintegração do sujeito à sociedade, trabalhando para isso aspectos pertinentes a sua autonomia, cidadania e responsabilidade ou co-responsabilidade frente ao processo de tratamento e recuperação de uma condição intrínseca à sua individualidade.

É pertinente ser ressaltado que, além dos contextos referidos por alguns profissionais, o engajamento do usuário em sociedade pode envolver outros ambientes surgidos em algum momento da vida do usuário de droga. Lima (2009) observou em seu estudo que os alcoolistas participantes de um grupo de autoajuda consideravam esse cenário como um espaço de reinserção social e oportunidade para a retomada de suas atuações no mundo através de atitudes solidárias, em termos de acolhimento aos outros, embasadas nos princípios dos Alcoólicos Anônimos.

Assim como o grupo de autoajuda pode se constituir em um dos espaços de reinserção social presentes nas redes de apoio do usuário de droga, o CAPS AD também pode assumir essa função, entretanto, o vínculo com esse serviço não deve ser visto com exclusividade pelos usuários. Cabe aos profissionais favorecer a relação entre os usuários e a instituição, e trabalhar o leque de oportunidades existentes para a promoção de uma adequada reintegração da pessoa ao seu meio social.

Durante as entrevistas alguns profissionais mencionaram a dependência que alguns usuários desenvolviam pelo serviço, ficando impossibilitados de procurarem outras

alternativas em espaços não protegidos, gerando assim dificuldades no processo de reinserção social.

*‘Às vezes eu sinto que eles trocam a dependência do álcool e droga pela dependência do CAPS. E aí, eu acho que, além da gente tentar romper com a dependência de álcool e droga, é romper com a dependência do CAPS. A gente tem pacientes que está aqui há quatro, cinco anos e dizem assim: “Isso aqui é minha casa.”. E a gente tenta colocar que não é a casa dele, que é um local que é para dar apoio no momento, aqui não é para o resto da vida. Mas, eles criam essa dependência. E aí eu acho a alta no CAPS AD muito complicada.’
(Assistente social – entrevistada 11)*

Sabe-se que o preconceito social existente contra as pessoas que abusam ou são dependentes de drogas interfere em seu processo de ressocialização. Muitos vínculos estão fragilizados e a reconstrução desses laços é difícil, principalmente em ambientes como a família e o trabalho, pois as inúmeras situações desgastantes resultantes do abuso ou da dependência vivenciadas nesses contextos acabam por influenciar no resgate desses vínculos, podendo ocasionar dificuldades de aceitação do usuário de droga pelas pessoas constituintes de seu antigo convívio social. (POSSA; DURMAN, 2007)

Devido a dificuldades como essas, acredita-se que alguns usuários de droga podem visualizar o CAPS AD como o único espaço capaz de aceitar a sua condição, não se permitindo uma completa desvinculação do serviço, busca por outros espaços capazes de auxiliarem em seu tratamento, recuperação e reinserção social, com consequente construção de novos laços e manejo adequado do consumo de substâncias psicoativas.

Assim sendo, concorda-se com Kalina (2001) quando afirma que a fase mais complexa do processo terapêutico do usuário de algum tipo de substância é aquela relacionada ao regresso a sua convivência em sociedade, por ter que enfrentar as realidades das quais fugiu. Cabe à equipe interdisciplinar instrumentalizá-lo para que consiga enfrentar determinadas situações sem recorrer necessariamente ao uso desregrado de substâncias que provocam recaídas, prejudicando seu convívio social.

É importante mencionar que muitos profissionais consideraram a abstinência como um dos critérios mais importantes para a alta do usuário do CAPS AD. Tal fato entra em contradição com o preconizado pela Política de Redução de Danos, bastante mencionada pelos entrevistados ao se reportarem às políticas atuais sobre drogas.

Concorda-se que os conhecimentos e práticas relacionados a essas duas vertentes devam ser apresentados aos usuários desse serviço, porém cabe a cada um decidir qual a

abordagem que melhor atenderá suas necessidades. Desse modo, sua autonomia e corresponsabilidade junto ao tratamento e recuperação estarão sendo valorizadas.

Peterson *et al.* (2006) comentam que muitas intervenções para prevenir a infecção pelo HIV em usuários de drogas injetáveis adotam a técnica da redução de danos como referencial teórico. No entanto, os próprios usuários tendem a optar por modelos baseados na abstinência, defendidos pelos Narcóticos Anônimos (NA), além de outras abordagens adotadas amplamente para o tratamento da dependência química.

O curso de extensão via on-line, promovido pela Universidade Federal de São Paulo para a detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, aborda, em seu quinto módulo, os diversos espaços existentes para o encaminhamento de pessoas dependentes de drogas, não deixando de considerar a importância dos grupos de autoajuda e das estratégias de redução de danos no tratamento da demanda de álcool e outras drogas. (PECHANSKY, 2008).

As estratégias de redução de danos, consoante Cruz e Barbeito (2008), têm sido as mais visadas em todo o cenário nacional, no que diz respeito ao tratamento do usuário de droga com síndrome de dependência instalada. Os autores afirmam, inclusive, que a criação dos CAPS AD concretizou e vem norteando a criação e implementação de uma rede de assistência aos usuários de drogas baseada na proposta de redução de danos, evidenciando, também, a necessidade de uma rede maior, com ações locais e singulares para cada espaço onde a problemática da droga se faz presente.

As ações de redução de danos, por não serem repressoras, tendem a facilitar a aproximação e contato dos serviços de saúde com os usuários de droga, aumentando as chances de uma assistência integral à saúde, com vistas ao desenvolvimento de ações intersetoriais. (CRUZ; BARBEITO, 2008). Entretanto, caso o usuário opte para que modelos baseados na abstinência guiem o seu tratamento e recuperação, as equipes de profissionais dos CAPS AD devem estar aptas a promover cuidados nesse sentido, bem como a se articularem com instituições portadoras de filosofias embasadas nesses modelos, tais como os grupos de autoajuda, objetivando proporcionar uma atenção igualmente holística.

Observa-se, dessa forma, que a abstinência ou redução de danos não devem ser vistas como aspectos fundamentais para a alta e, sim, como ferramentas com as quais o usuário aprende a lidar com a substância em seu cotidiano, sendo necessário considerar a forma que ele consegue ressignificar outras atividades da sua vida, em detrimento do consumo de droga. Para tanto os modelos que enfocam a abstinência ou a redução de danos funcionariam como meios e não como fins.

Com relação à avaliação das práticas desenvolvidas pelos serviços investigados, os profissionais mencionaram aspectos positivos, envolvendo avanços previstos pela Reforma Psiquiátrica, tais como: possibilidades de efetivação de práticas não hospitalocêntricas; enfoque em estratégias reabilitadoras e com vistas à reinserção social; adesão de práticas redutoras de danos para a oferta de cuidados diferenciados; realização de atividades em conjunto com diversos profissionais, possibilitando o engajamento das equipes na prestação de uma melhor assistência à clientela; e visualização das necessidades de capacitação dos profissionais para a concretização de atendimentos adequados.

Por outro lado, algumas questões foram mencionadas enquanto desafios a serem superados. Muitos profissionais se referiram ao preconceito social ainda existente em torno da problemática da droga, dificultando, assim, o desenvolvimento de uma prática nos moldes da atenção psicossocial. Observa-se que tem sido uma tendência da sociedade excluir o usuário de droga, visualizando a internação e a abstinência total como únicos recursos viáveis para a solução de questões diretamente relacionadas a esse fenômeno.

Outro impasse citado foi referente à escassez de materiais e suprimento para o desenvolvimento de atividades intra-CAPS e de espaços não protegidos para a capacitação e apoio de usuários que almejam a busca pela reinserção social através da inclusão produtiva. No entanto, ficou evidente no relato dos profissionais os esforços para a superação dos desafios, fosse através de práticas individuais ou do trabalho em equipe.

Os relatos a seguir exemplificam alguns dos pontos presentes na avaliação dos profissionais sobre a prática desenvolvida nos CAPS AD:

‘É uma equipe que não visa somente o atendimento ambulatorial. Na verdade a gente tenta fazer, estar resgatando essa pessoa, estar fazendo com que ela seja inserida na sociedade como pessoas normais, como chegam aqui sendo discriminadas, a gente tenta resgatar isso.’ (Terapeuta ocupacional – entrevistada 3)

‘Por ser um serviço aberto, as pessoas tipo não acreditam [...]. E aí a gente tem uma função meio que também de mudar um pouco essa cultura, e aí eu acho que é uma função difícil, muito difícil até. Essa cultura da abstinência, da exclusão, da internação, de ter um serviço aberto.’ (Psicóloga – entrevistada 6)

‘Bom, a gente trabalha na perspectiva de sempre fazer o melhor que a gente pode. Nós temos limitações? Temos. Limitações de que tipo? De material, de suprimento, de encaminhamento. A gente tem essas limitações todas que eu te falei, dos pacientes. Então, assim, dentro do que a gente tem da nossa realidade, a gente procura fazer o melhor junto com ele.’ (Assistente social – entrevistada 8)

'Eu acho que a gente consegue se adequar e gosta [...], porque eu, eu estou à frente mesmo, como você viu que eu faço vários cursos, e sempre tentando acertar. Se a gente vê que não está bem, a gente muda, não vamos fazer dessa forma, vamos melhorar, vamos fazer em outro horário. Como já foi feito aqui, por exemplo, no grupo de família estava, não estava atingindo o número, significativo. Então, vamos mudar de horário, porque era de manhã, e aí a gente percebeu que de manhã não seria bom, porque provavelmente as famílias, mulheres vão cozinhar.' (Terapeuta ocupacional – entrevistada 17)

'Ele se abre para diversas possibilidades terapêuticas, tem buscado entrar em contato com a comunidade e fazer essa articulação intersetorial, obviamente, há muito que se fazer, porque nós também temos dificuldades do ponto de vista de infraestrutura, de recursos materiais, recursos humanos, mas eu acho que a gente avançou muito aqui do ponto de vista de abordagens terapêuticas. Acho que a gente vai ter que ampliar mais a parte de prevenção, de redução de danos a essa articulação intersetorial que já existe, mas que precisa ser melhorada ainda mais.' (Médico psiquiatra – entrevistado 19)

Souza, Kantorski e Mielke (2006) afirmam que os profissionais do CAPS AD, ainda, estão presos aos preceitos do modelo hospitalocêntrico, desconhecendo novos “modos de fazer” a atenção ao dependente químico.

Nos quatro serviços pesquisados constataram-se diversas iniciativas de construção de uma prática pautada nos paradigmas do modelo psicossocial de atenção. Os profissionais têm atuado no sentido de promover o acolhimento do usuário de droga, estimulando a sua expressão e atuando em conjunto com ele, de modo a encontrar condições viáveis para reinseri-lo na sociedade.

As atividades comunitárias, apesar de ainda serem mais fortes em uns serviços do que em outros, existem e têm tentado explorar os recursos diversos, trabalhando o preconceito social existente em torno da pessoa do usuário de droga, divulgando o trabalho desenvolvido pelos CAPS AD e buscando articulações de caráter intersetorial.

Com base nos achados, considera-se que o trabalho realizado extra-CAPS não tem sido uma tarefa fácil, porque existe uma demanda interna precisando ser acolhida diariamente. Além disso, a cultura medicalizante, segregatória e que visa soluções imediatas, principalmente para os problemas de ordem emocional, se faz presente na sociedade contemporânea e os profissionais de saúde mental têm que enfrentar essas adversidades com as ferramentas de que dispõem. Todavia, seu saber-fazer é amparado por documentos legais norteadores de uma assistência diferenciada e humana que, aos poucos, vem sendo construída e tomando espaço no cenário local e nacional.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o estudo constatou-se que o município de Fortaleza, através dos CAPS AD, tem se empenhado na construção de uma assistência diferenciada ao usuário de droga. No entanto, percebe-se que se tratam de serviços novos, adaptando-se à realidade local, apresentando alguns progressos e desafios a serem superados.

Os quatro serviços pesquisados apresentaram semelhanças em termos de estrutura física, recursos materiais, humanos e dinâmica de funcionamento. Todos tinham instalações adaptadas para a prestação de atendimento à clientela e aguardavam por reformas estruturais. Nos relatos de alguns coordenadores e profissionais foram encontradas queixas inerentes ao atraso na chegada de recursos materiais, fazendo com que as equipes buscassem alternativas para desenvolver as atividades preconizadas, dentre elas, foi mencionado o custeio de material pelo próprio profissional.

Observou-se que o quantitativo de profissionais de cada serviço atendia ao proposto pela Portaria G.M nº336/02, embora uma das unidades necessitasse de mais, devido à grande demanda de usuários na sua área de abrangência (Regional I). Inclusive, era o único CAPS AD que não possuía o médico psiquiatra, apenas a presença do clínico com formação em saúde mental, enquanto que no CAPS AD da Regional III havia dois psiquiatras atuando.

As informações sobre missão e dinâmica de funcionamento dos serviços foram obtidas mediante as observações realizadas e entrevistas com os coordenadores. Com base nas informações coletadas, identificou-se que os projetos terapêuticos dos CAPS AD estão sendo construídos, existindo apenas esboços ressaltando os referenciais teóricos norteadores das práticas desenvolvidas, bem como as ações realizadas pelos serviços.

Em sua dinâmica de funcionamento foi possível constatar que todos os serviços estão, de fato, acolhendo a população de usuários de álcool e outras drogas e, na maioria das vezes, tentando interagir com as equipes da atenção básica, através da estratégia de matriciamento, visando o estabelecimento de uma atenção integral a esse usuário, com conseqüente redução da sobrecarga em serviços especializados. Percebeu-se, porém, que as atividades comunitárias e a interconexão dos serviços investigados com os recursos disponíveis nas comunidades ocorre de modo tímido, havendo uma concentração maior de afazeres no espaço intramuros.

As concepções de muitos profissionais acerca do usuário de droga se centraram, em sua maioria, em um único aspecto, com a priorização de questões psíquicas, sociais e

biológicas, mencionadas como fatores contribuintes para o início do consumo de substâncias psicoativas, porém, nos relatos, tais aspectos eram referidos de forma isolada. A interligação de múltiplos fatores no desencadeamento do uso e posterior abuso e dependência foi reportada por poucos partícipes.

Devido a essas colocações se esperou encontrar uma prática fragmentada, executada de modo multidisciplinar, contudo foram evidenciados esforços das equipes no desenvolvimento de uma prática interdisciplinar. O diálogo entre as diferentes categorias profissionais vem sendo consolidado e fortalecido através de reuniões administrativas realizadas semanalmente em cada instituição.

Tanto nos relatos, quanto nas observações, ficaram evidentes as iniciativas de uma atuação conjunta dos profissionais com vistas a incentivar e valorizar o processo de expressão e escuta do usuário do serviço. O fomento de estratégias reabilitadoras, a fim de proporcionar uma reintegração adequada do usuário na sociedade, é presente em todos os serviços. Porém, de acordo com os discursos de alguns profissionais, o processo de reinserção social tem se mostrado de difícil efetivação na prática, em virtude, principalmente, do preconceito social existente em torno da problemática do uso de drogas e a escassez de espaços não protegidos capazes de absorver essa demanda.

Observou-se, também, que o enfermeiro tem se mostrado presente na atuação junto aos usuários dos CAPS AD. Seu saber-fazer tem forte adesão aos preceitos contidos no Paradigma de Atenção Psicossocial, possibilitando a prestação de uma assistência biopsicossocial. Contudo, elementos importantes e inerentes à sua formação e prática profissional, como a metodologia de assistência, através do processo de enfermagem, necessitam ser melhor apreendidos e executados, a fim de que a atenção integral e individualizada aconteça.

Merece destaque o fato de que a maior parte dos profissionais citou a política de redução de danos como principal norteadora das práticas desenvolvidas nos CAPS AD. Porém, em alguns momentos, houve ênfase na prática da abstinência, enquanto um dos principais critérios que deveriam ser levados em consideração para a alta do usuário, deixando transparecer a importância do não uso para a obtenção de uma vida saudável.

Notou-se, portanto, a existência de uma contradição, pois se, por um lado, parte dos profissionais afirmou ser a redução de danos um caminho favorável para a garantia da cidadania, autonomia e retomada da responsabilidade social pelo usuário do CAPS AD, por outro, alguns deixaram claro que as chances de recuperação e retomada efetiva da vida social seria mais viável através da abstinência. Ao se analisar esse aspecto constatou-se que o poder

de decisão e a vontade do usuário sobre quais meios utilizarem pouco foram mencionados, mostrando que questões impositivas, inerentes ao modelo curativista de atenção em saúde, ainda, se faziam presentes nas concepções de alguns profissionais.

A prática junto ao usuário de droga foi considerada difícil, mas gratificante, pois se trata de uma problemática atual e que tem sido alvo de muitas discussões. Dessa forma, o contato com a pessoa do usuário de droga foi ressaltado como enriquecedor, por ser ela possuidora de muitas peculiaridades merecedoras de estudos aprofundados e constantes.

A ampliação de serviços como o CAPS AD, em Fortaleza, foi considerada importante para suprir a demanda de usuários de álcool e outras drogas, uma vez que é crescente o número de pessoas que necessitam de assistência na dependência química.

Por ser um serviço relativamente novo, a instalação dos CAPS AD ampliou a necessidade por profissionais capacitados para atuarem na área, dificuldade essa, ainda, não superada. A capacitação dos profissionais foi também enfatizada como necessária para o desenvolvimento de uma prática inovadora e condizente com a realidade atual.

Os pequenos avanços obtidos, mediante o trabalho desenvolvido nesses serviços, foram vistos como extremamente relevantes para alguns profissionais, por proporcionarem, não só, o tratamento e a reabilitação psicossocial, mas, a promoção da qualidade de vida, outrora debilitada devido aos desgastes físicos, psíquicos e sociais advindos do abuso e dependência.

A atuação intersetorial e a construção de uma rede de atenção e apoio foram visualizadas como tarefas difíceis de serem concretizadas devido a algumas barreiras existentes. Dentre elas, a formação acadêmica foi tida como principal interferência para a atuação do profissional fora dos serviços de saúde, pois, apesar de alguns avanços obtidos com os novos paradigmas norteadores do ensino nos cursos da área da saúde, ainda existem profissionais presos aos resquícios do modelo biomédico, centrando o foco de suas atividades na doença e em ações isoladas e descontextualizadas.

A simples multiplicação dos serviços substitutivos de saúde mental, dentre eles o CAPS AD, não seria suficiente para dar conta de uma problemática ampla, como o uso de droga, e que exige ações intersetoriais. A organização sistemática de redes comportando não só os serviços de saúde, mas outros dispositivos sociais de apoio, é essencial para que seja prestada uma atenção integral, com base nos moldes da Reforma Psiquiátrica e das políticas atuais sobre drogas.

Mesmo com todo esse processo de mudança, o controle social continua sendo necessário para se atuar junto a questões como essa. A participação ativa dos profissionais,

enquanto atores sociais, propiciadores de mudanças significativas no campo da saúde, faz-se necessária, devendo começar desde os bancos acadêmicos, com o aprendizado dos principais preceitos contidos nos paradigmas atuais da saúde e continuar nos campos de prática, aliando o saber ao fazer, vislumbrando a re-construção de uma *práxis* humanizada e promotora da saúde.

Considera-se que a presente pesquisa atendeu aos objetivos propostos, pois se procurou discutir os principais achados com base nos cinco preceitos presentes nas políticas atuais sobre drogas, sendo eles: interdisciplinaridade, integralidade da assistência, intersetorialidade, reabilitação psicossocial e reinserção social. Dessa forma, a análise do saber-fazer das equipes multiprofissionais pôde ser organizada com base nesses elementos norteadores, permitindo a visualização do CAPS AD enquanto serviço prestador de uma assistência diferenciada ao usuário de álcool e outras drogas.

Os principais limites do estudo estão relacionados ao processo de observação, pois em todos os serviços investigados não se conseguiu ter contatos estreitos com as normas, rotinas, projetos terapêuticos, cronogramas de atividades e outros documentos.

Apesar da dinâmica de funcionamento ter sido satisfatoriamente captada através das observações sistemáticas de atividades desenvolvidas nos serviços, não se teve acesso a anotações institucionais consistentes que respaldassem com rigor a prática desempenhada. Inclusive, a sobrecarga de afazeres de alguns coordenadores e membros das equipes dificultou o acesso aos documentos de caráter administrativo.

Ressalta-se, portanto, a necessidade da elaboração sistemática, por parte dos coordenadores e equipes multiprofissionais, de documentos que permitam a visualização adequada da dinâmica de funcionamento dos serviços de modo a auxiliar na realização de estudos posteriores. Além de uma maior disponibilização no acesso desses materiais.

REFERÊNCIAS

AERTS, D.; ALVES, G. G.; LA SALVIA, M. V.; ABEGG, C. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1020-1028, jul./ago.2004.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Resolução RDC nº 101, de 31 de maio de 2001. Regulamento técnico para o funcionamento das comunidades terapêuticas – serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial. Brasília, DF, 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm>. Acesso em: 8 mar. 2008.

ALBANESE, M. O tabagismo é doença. **Revista Jovem Médico**, São Paulo, n. 3, 1999. Disponível em: <http://www.cibersaude.com.br/revistas.asp?fase=r002&id_edicao=136>. Acesso em: 11 fev. 2004.

ALVARENGA, L. T.; NOVAES, C. O. Estratégias na reforma psiquiátrica no município de Barbacena: a cooperação entre gestor público e o terceiro setor. **Revista História Ciência Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 571 – 593, abr./ jun. 2007.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A. Reforma psiquiátrica e os desafios da desinstitucionalização da loucura. **Revista Interface – Comunicação Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.20, p. 299 – 316, 2006.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Panorama, Escola Nacional de Saúde Pública, 1995.

_____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora NAU, 2003.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

ANDRADE, L. O. M.; OLIVEIRA, R. F.; BASTOS, E. N. E.; FIALHO, M. B.; COSTA, L. D. Saúde mental e cidadania: a resposta de Fortaleza, Ceará. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.40, p.57 – 71, jun. 2007.

ANTÓN, D. M. **Drogas: conhecer e educar para prevenir**. São: Scipione, 2001.

ANTUNES, S. M.; QUEIROZ, M. S. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 207–215, jan. 2007.

ARAÚJO, R. B.; GIMENO, L. I. D.; MELLO, R. M.; RUSCHEL, E. B.; BENEVIDES, L. S. e NICHETTI, R. C. Repercussões do fechamento da unidade de desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 346-352, maio/ago. 2003.

BARBAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (capacitação e educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Revista Arquivos de Ciência da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 1, p. 52 – 63, jan./mar. 2007.

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

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Atitudes dos profissionais do programa saúde da família diante do abuso e uso de drogas. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 655 – 662, dez. 2007.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. O CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 632 – 645, 2008.

BEZERRA JÚNIOR, B. **O cuidado no CAPS: os novos desafios**. Documento eletrônico. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/media/cuidado_nos_caps.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2010.

BILAL, L. **MS lança plano emergencial para o combate ao uso nocivo de álcool e drogas**. Brasília: Ministério da Justiça, 2009. Disponível em: <http://canoafm.com.br/web/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=2836> Acesso em: 21 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução 196/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

_____. **Projeto promoção da saúde**: Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, rede de megapaíses, Declaração do México. Brasília, 2001a.

_____. **Manual de Redução de Danos**. Brasília, 2001c.

_____. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002.

_____. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Legislação em Saúde Mental: 1990 - 2004**. 5. ed. Brasília, 2004a.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. **I Levantamento das Comunidades Terapêuticas**. Brasília, 2004c.

_____. **Glossário do Ministério da Saúde: projeto terminologia em saúde**. Brasília, 2004d.

_____. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco – um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília, 2004e.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, 2005b.

_____. **Curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas**. Brasília, 2006.

_____. **Relatório de gestão 2003-2006: saúde mental no SUS – acesso ao tratamento e mudança no modelo de atenção**. Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Um outro olhar**: manual audiovisual sobre centros de atenção psicossocial e saúde mental na atenção básica. Brasília, 2007c.

_____. **Saúde Mental em Dados**, ano 3, n 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>. Acesso em: 15 nov. 2008a.

_____. **Prevenção do uso de drogas no ambiente de trabalho**: conhecer para ajudar. Brasília, 2008b.

_____. **Resultado do concurso para a seleção de projetos de redução de danos**: Edital Conjunto SAS/SVS nº 01/2009. Disponível em: <http://189.28.128.100/portal/arquivos/pdf/resultado_reducao_danos.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=169> . Acesso em: 20 dez. 2008.

BRASIL. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília, 2001b.

_____. **Política Nacional sobre Drogas**. Brasília: Presidência da República, 2005a.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro (RJ), v. 5, n. 1, p.163-177. 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BURNS, J. E.; LABONIA FILHO, W. Grupos de ajuda mútua no tratamento de pessoas dependentes de substâncias. In: PECHANNSKY, F. (Coord.). **Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas**: Módulo 5 – Curso SUPERA. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, 2008.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399 – 407, fev. 2007.

CAMPOS, O. R. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n. 58, p. 98 – 111, maio/ago. 2001.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. **Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 115 – 129, set. 2004/fev. 2005.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, C. M.; OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A.; MOURA, Y. G.; SANCHEZ, Z. V. D. M. **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARRARO, T. E.; RASSOOL, G. H; LUIS, M. A. V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. esp., p. 863 – 871, set./out. 2005.

CAVALCANTE, R. C. B. **Políticas públicas sobre drogas**: labirinto entre a marginalidade e a cidadania. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008.

CONHEÇA as regionais. **O Povo**, Fortaleza, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/opovo/politica/809025.html>>. Acesso em: 11 jan. 2009.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETARIOS DE SAÚDE (Brasil). **SUS: avanços e desafios**. Brasília, DF, 2006.

CORDEIRO, F. Respostas dos serviços de saúde brasileiros aos problemas decorrentes do uso de álcool (mesa redonda). In: CONGRESSO PAN-AMERICANO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL, 2005. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/OBID/Portal/conteudo.jsp?IdPJ=1921&IdEC=6205>>. Acesso em: 9 dez. 2006.

COSTA, E. M. A. Saúde mental – a violência, o álcool, e as drogas. In: COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

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

CRIVES, M. N. S.; DIMENSTEIN, M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.12, n. 2, p. 26-37, jul./dez. 2003.

CRUZ, M. S.; BARBEITO, M. M. Estratégias de redução de danos e a assistência comunitária à saúde: uma integração necessária. In: PECHANNSKY, F. (Coord.). **Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas: módulo 5 – Curso SUPERA**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, 2008.

CRUZ, M. S.; FERREIRA, A. M. B. O vínculo necessário entre a saúde mental e o programa saúde da família na construção da rede de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 67 – 80, mar./abr. 2007.

CRUZ, M. S.; SILVA FILHO, J. F. A formação de profissionais para a assistência de usuários de drogas e a constituição de um novo *habitus* de cuidado. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 2, p. 120 – 126, 2005.

DELBON, F.; DA ROS, V.; FERREIRA, E. M. A. Avaliação da disponibilização dos kits de redução de danos. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 37 – 48, jan./abr. 2006.

DUARTE, P. C. A. V.; BRANCO, A. P. U. A. Processo de realinhamento da Política Nacional Antidrogas e a legislação sobre drogas. In: ADRADE, T. M. (Coord.). **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais**. Módulo 1 – Curso SUPERA. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, 2008.

ESTADOS UNIDOS. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. **Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings**. Disponível em: <<http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k7nsduh/2k7Results.pdf>>. Acesso em: 21 Dec. 2008.

FARIA, M. W. S. CAPSad: experiência de um serviço. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R (Org.). **Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

FASSOLI, M. K.; MIGUEL, S. P.; KODA, M. Y. Um brinde à vida: educando para a comunidade – alcoolismo e dependência química. **O Portal dos Psicólogos**, p. 1 – 10, 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0389.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2009.

FERREIRA, S. M. G. Sistema de Informação em Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal em Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

FERES, D. C.; CORDEIRO, J. A; ALMEIDA, S. J. A; FILHO MERLUZZI, T. J. Avaliação da influência de um centro de atenção psicossocial para dependentes químicos na redução de internações de alcoolistas em hospitais psiquiátricos. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, São Paulo, v. 99, n. 4, p. 12 – 15, out./dez. 2005.

FEUERWERKER, L.; COSTA, H.; RANGEL, M. L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas na comunidade. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v.22, p. 36-48, dez. 2000.

FIGUEIREDO, M. D; CAMPOS, R.O. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 129 – 138, jan./fev. 2009.

FIGUEIREDO, V. V.; RODRIGUES, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 173 – 181, maio/ago. 2004.

FIGLIANO, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Org.). **Álcool e drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005.

FODRA, R. E. P.; COSTA-ROSA, A. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS ad): análises dos discursos e da prática no contexto da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 129 – 139, jan./abr. 2009.

FORNAZIER, M. L.; SIQUEIRA, M. M. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 280 – 287, 2006.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. **Boletim de Saúde de Fortaleza**, Fortaleza, v. 9, n.2, jul./dez. 2005.

_____. **Relatório de Gestão do ano de 2005 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza, 2006.

_____. **Relatório de Gestão do ano de 2006 da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza, 2007.

_____. **Construindo e consolidando a rede assistencial de saúde mental de Fortaleza**: Relatório de Gestão 2007. Fortaleza, 2008a.

_____. **Seminário expõe ações do CAPS da Regional III**. Fortaleza, 2008b. Disponível em:
<http://www.fortaleza.ce.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=9727&Itemid=239>. Acesso em: 1 dez. 2008.

_____. **Saúde Mental**: Política de Saúde Mental. Disponível em:
<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_saudeMental_PolSaudeFortaleza.asp>. Acesso em: 21 nov. 2009.

FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde**: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do dever e de singularidades. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

_____. **Cuidando de quem cuida:** notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção da vida. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

FRAGA, M. N. O.; SOUZA, A. M. A.; BRAGA, V. A. B. Reforma psiquiátrica brasileira: muito a refletir. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 207 – 211, 2006.

GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl. 1, maio 2004.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. **IV Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/ Universidade Federal de São Paulo, 1997.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; FONSECA, A. M.; CARLINI, E. A. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/ Universidade Federal de São Paulo, 2004.

GAMA, C. A. P.; KODA, M. Y. Psicologia comunitária e programa de saúde da família: relato de uma experiência de estágio. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 418 – 429, jun. 2008.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Revista Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 267 – 276, 2008.

GARCIA, M. L. T.; SIQUEIRA, M. M. Instituições especializadas em dependência química no estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 192 – 196, 2005.

GELDER, M.; MAYOU, R.; GEDDES, J. **Psiquiatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, L. F. **Lei seca**: acertos, equívocos, abusos e impunidade. Disponível em: <http://www.lfg.com.br/public_html/article.php?story=20080804114125256>. Acesso em 14. ago. 2008.

HELDT, E. P. S.; RODRIGUES, J. A. Enfermagem psiquiátrica ambulatorial. In: TASCA, A. M.; SANTOS, B. R. L.; PASKULIN, L. M. G.; ZÁCHIA, S. **Cuidado ambulatorial**: consulta de enfermagem e grupos. Rio de Janeiro: EPUB, 2006.

HENNA, E. S.; ABREU, L. C.; NETO, M. L. F. REIS, A. O. A. Rede de atenção à saúde mental de base comunitária: a experiência de Santo André. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.18, n.1, p 16-26, 2008.

INOJOSA, R.M.; JUNQUEIRA, L.A.P. **O movimento do setor saúde e o desafio da intersectorialidade**. 1997. Publicação 20 anos da Fundap.

JESUS, C. F. **Instituições de atendimento a toxicodependentes**: experiências no Vale do Paraíba. Dissertação (Mestrado) - Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo, 2006.

JUNQUEIRA, L. A. P. Gerência dos serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 10, p. 247 – 259, jul./set. 1990.

_____. Descentralização, intersectorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. **Revista FEA – PUC – SP**, São Paulo, v. 1, p. 57-72, nov. 1999.

KALINA, E. **Clínica e terapêutica de adicções**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

KANTORSKI, L. P.; LISBOA, L. M.; SOUZA, J. Grupo de prevenção de recaída de álcool e outras drogas. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.1, n.1, p.1–15, 2005. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

KESSLER, F.; DIEMEN, L. V.; SEGANFREDO, A. C.; BRANDÃO, I.; SAIBRO, P.; SCHEIDT, B.; GRILLO, R.; RAMOS, S. P. Psicodinâmica do adolescente envolvido com drogas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, supl.1, p. 33-41, abr.2003.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

LEITÃO, M. G. S.; SOUZA, A. M. A. A atuação da assistente social e a interdisciplinaridade nos novos serviços em saúde mental. In: SOUZA, A. M. A.; BRAGA, V. A. B.; FRAGA, M. N. O. (Org.). **Saúde, saúde mental e suas interfaces**. Fortaleza: DENF/UFC, 2002.

LEITE, J. L.; DANTAS, C. C.; SOUZA, E. C. O.; FONSECA, J. M.; JOHANSON, L.; STIPP, M. A. C. A enfermagem diante da exclusão social. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Yendis, 2005.

LEOPARDI, M.T.; BECK, C.L.C.; NIETSCHE, E. A.; GONZALES, B. M. R. **Metodologia da Pesquisa em Saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001.

LIMA, H. P. **Grupo de auto-ajuda ao alcoolista como dispositivo da rede de apoio social**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

LIMA, A. P. R. **Uso de drogas entre acadêmicos de enfermagem e a interface com o ingresso na universidade**. Monografia (Graduação) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

ESTELLITA-LINS, C.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição do saber no acompanhamento terapêutico. **Revista Ciência e Saúde Coletiva online**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 205-215, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigo/artigo_int.php?id_artigo=972> Acesso em: 10 nov. 2007.

LÔBO, I. Governo regulamenta política de redução de danos para usuários de droga. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Programa Nacional de DST - AIDS. Disponível em: <<http://www.sistemas.aids.gov.br/imprensa/Noticias.asp?NOTCod=66081>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

LOPES, G. T.; LUIS, M. A. V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Estado do Rio de Janeiro – Brasil: atitudes e crenças. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. esp., p. 872 – 879, set./out. 2005.

LUCAS, A. C. S.; PARENTE, R. C. P.; PICANÇO, N. S.; CONCEIÇÃO, D. A.; COSTA, K. R. C.; MAGALHÃES, I. R. S.; SIQUEIRA, J. C. A. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 663 – 671, mar. 2006.

LUIS, M. A. V.; LUNETTA, A. C. F. Álcool e outras drogas: levantamento preliminar sobre a pesquisa produzida no Brasil pela Enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. esp., p. 1219 – 1230, nov./dez. 2005

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde no Brasil para usuários de álcool e outras drogas. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **Revista História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n.3, p. 801-821, jul./set. 2007.

MARLATT, G. A. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARINHO, J. R. M. **Caracterização dos casos atendidos nos CAPS AD em seu primeiro ano de funcionamento, Sobral – CE, setembro de 2002 a agosto de 2003**. Monografia (Especialização em Saúde da Família) - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Sabóia, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará, 2004.

MATUS, C. **O Método PES**: roteiro de análise teórica. São Paulo: FUNDAP, 1996.

MEIRELES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 8 n. 1, p.149 – 1665, jan./abr. 1999.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: MERHY, E. E.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J. FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MESQUITA, F. **Política pública de drogas**: a construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil. Disponível em: <<http://www.reduc.org.br/pages.php?recid=8>> . Acesso em: 13 jun. 2008.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 125 – 136, 2003.

MIRANDA, C. F.; MIRANDA, M. L. **Construindo a relação de ajuda**. 6. ed. Belo Horizonte: Editora Crescer, 2002.

MORAES, I. H. S. **Política, tecnologia e informação em saúde**. Salvador: Casa de Qualidade, 2000.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121 – 133, 2005.

MORE, A.; GEISER, D.; OLIVEIRA, G.; GUERINI, M.; GOULART, R.; LEMOS, T. Uso de psicofármacos na comunidade de Santo Antônio de Lisboa: uma abordagem comunitária e interdisciplinar. **Extensio – Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 2, p.1 – 8, 2005. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufsc.br/index.php/extensio/article/viewFile/5130/4524>>. Acesso em: 4 abr. 2009.

MOREIRA, C. Oficinas terapêuticas e toxicomanias. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. **Álcool e outras drogas: escolhas impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X.; ANDREOLI, S. B. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 807 – 816, 2006.

MOTA, L. A. **Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?** São Paulo: Paulus, 2007.

NARDI, H. C.; RIGONI, R. Q. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 273 – 282, maio/ago. 2005.

NASCIMENTO, A. B. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização dos usuários de drogas. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 185 – 190, jan./abr. 2006.

NASCIMENTO, A. F.; GALVANESE, A. T. C. Avaliação da estrutura dos centros de atenção psicossocial do município de São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 1, p. 8 – 15, 2009.

NASI, C.; HILDEBRANDT, L. M. Ser alcoolista na voz de sujeitos dependentes de álcool. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, p. 1 – 17, 2007. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

NEVES, M. N. Rede de atendimento social: uma ação possível? **Revista da Católica**, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 147 – 165, 2009. Disponível em: <www.catolicaonline.com.br/revistadacatolica>. Acesso em: 10 nov. 2009.

NOTO, A. R. O uso das drogas psicotrópicas no Brasil: última década e tendências. **Revista Mundo da Saúde**, São Paulo, v.23, n. 1, p. 5 -9, jan./fev. 1999.

NOTO, A. R.; GALDURÓZ, J. C. F.; NAPPO, S. A.; FONSECA, A. M.; CARLINI, C. M. A.; MOURA, Y. G.; CARLINI, E. A. **Levantamento nacional sobre o uso de Drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/ Universidade Federal de São Paulo, 2004.

NOTO, A. R.; MOURA, Y. G.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; CARLINI, E. A. Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 113 – 121, 2002.

NOTO, A. R.; BAPTISTA, M. C.; FARIA, S. T.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; CARLINI, E. A. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 69 – 79, jan./fev. 2003.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátricas e sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2375 – 2384, out. 2007.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS. **Estratégias de aconselhamento e acolhimento do usuário de droga a partir de sua relação com os serviços de saúde**: Redução de Danos/Aconselhamento. Brasília, 2007b. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11276&rastr_o=REDU%C3%87%C3%83O+DE+DANOS/Aconselhamento>. Acesso em: 11 nov. 2009.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS.

Prevenção/Tipos de prevenção/prevenção primária, secundária e terciária. Documento eletrônico. Brasília, 2007d. Disponível em:

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11431&rastr o=PREVEN%C3%87%C3%83O%2FTipos+de+Preven%C3%A7%C3%A3o/Preven%C3%A7%C3%A3o+prim%C3%A1ria%2C+secundaria+e+terci%C3%A1ria>. Acesso em: 11 nov. 2009.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS.

Tratamento/Reinserção Social/Redes Sociais. Brasília, 2007e. Disponível em:

<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11438&rastr o=TRATAMENTO%2FReinser%C3%A7%C3%A3o+Social/Redes+Sociais>. Acesso em: 11 nov. 2009.

OLINGER, M. **Drogas – questões e perspectivas:** Brasil e a Política Nacional sobre Drogas.

Disponível em: http://www.comunidadessegura.org/files/active/0/Boletim_2_Final.pdf. Acesso em: 15 jun. 2008.

OLIVEIRA, F. B. **Construindo saberes e práticas em saúde mental.** João Pessoa: UFPB/Universitária, 1999.

OLIVEIRA, F. B.; GUEDES, H. K. A.; OLIVEIRA, T. B. S.; SILVA, J. C. C. Saúde Mental e Estratégia Saúde da Família: uma articulação necessária. **Psichiatry on line Brasil**, v.14, n. 9, set. 2009. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano09/art0909.php>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

OLIVEIRA, Y. C. A clínica terapêutica ocupacional com usuários de substâncias psicoativas: o desafio da *práxis*. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 19, n. 4, p. 229 – 233, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Drogas.** Disponível em: <www.who.int/health-drugs/portuguese/fastsheet_PR_E.htm>. Acesso em 15 fev. 2003.

OTTONI, C.; ZACHEÉ, K.; SOARES, M. A política pública de inserção produtiva: afirmação de um projeto. In: NILO, K.; MORAIS, M. A. B.; GUIMARÃES, M. B. L.; VASCONCELOS, M. E. NOGUEIRA, M. T. G.; ABOU-YD, M. (Org). **Política de saúde mental de Belo Horizonte:** o cotidiano de uma utopia. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde, 2008.

PAES, P. C. D. **Ensino e aprendizagem na prática de redução de danos.** Doutorado (Tese) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do São Carlos, São Paulo, 2006.

PECHANSKY, F. **Encaminhamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas: Módulo 5 – Curso SUPERA**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008.

PEREIRA, A. A. Saúde mental para médicos e enfermeiros que atuam no programa saúde da família: uma contribuição sobre o processo de formação em serviço. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 24, p. 13 – 33, 2007.

PEREIRA, V. F. S. **Um estudo da experiência de implementação do programa de redução de danos ao uso de drogas no Distrito Federal**. Mestrado (Dissertação) – Mestrado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007.

PETTERSON, J.; MITCHELL, S. G.; HONG, Y.; AGAR, M.; LATKIN, C. Getting clear and harm reduction: adversarial or complementary issues for injecton drug users. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n. 4, p. 733 – 740, abr. 2006.

PILLON, S. C.; LUIS, M. A. V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.676-682, jul./ago. 2004.

PINHO, M. C. G. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. **Ciências e Cognição**, Rio de Janeiro, ano 3, v. 8, p. 68 – 87, jul. 2006.

PITIÁ, A. C. A; FUREGATO, A. R. F. O acompanhamento terapêutico (AT): dispositivo de atenção psicossocial em saúde mental. **Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 13, n. 30, p. 67 – 77, jul./set. 2009.

PITTA, A. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In: VENANCIO, A. T. A. CAVALCANTI, M. T. (Org.). **Saúde mental: campo, saberes e discursos**. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

PITTA, A. M. F.; SILVA FILHO, J. F.; SOUZA, G.W. LANCMAN, S.; KINOSHITA, T.; CAVALCANTI, M. T.; VALENTINI, W. H.; Determinantes da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – estudo da satisfação com os resultados das atividades por pacientes, familiares e trabalhadores do serviço. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.44, n. 9, p. 441 – 452, 1995.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

POSSA, T.; DURMAN, S. Processo de ressocialização de usuários de substâncias lícitas e ilícitas. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 2, p. 1 – 14, 2007. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

PRECÓPIO, A. **O Brasil no mundo das drogas**. Petrópolis: Vozes, 1999.

RABELLO, M. C. P. Nada com um dia após o outro: drogas e música. In: CIRINO, O.; MEDEIROS, R. **Álcool e outras drogas: escolhas impasses e saídas possíveis**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. **Casas do meio do caminho**: um relato de experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

REIS, R.; GARCIA, M. L. T. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1975 – 1984, 2008.

REZENDE, M. M. Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações. **Revista Biociências**, Taubaté, v.6, n.1, p. 49-55, jan./jul. 2000.

RIBEIRO, C. R. O. Ética e pesquisa em álcool e drogas: uma abordagem bioética. **Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 1 – 11, 2005. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/smad/v1n1/v1n1a06.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2008.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo**: uma visão para enfermeiros. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

SAMPAIO, J. J.; BARROSO, C. M. C. Centros de atenção psicossocial e equipes de saúde da família: diretrizes e experiências no Ceará. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde mental e saúde da família**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: TeCorá, 1999.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e proteção para o uso de droga na adolescência. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 707 – 717, 2005.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SILVA, J. P. L.; TAVARES, C. M. M. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v.27, n.65, p.290-301, set./dez. 2003.

SILVEIRA, C.; DONEDA, D.; GANDOLFI, D.; HOFFMANN, M. C.; MACEDO, P.; DELGADO, P. G.; BENEVIDES, R.; MOREIRA, S. Política do ministério da saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 5, p. 349 – 354, 2003.

SILVEIRA, M. R.; ALVES, M. O enfermeiro na equipe de saúde mental – o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 645 – 651, set./out. 2003.

SILVEIRA FILHO, D. X.; GORGULHO, M. **Dependência**: compreensão e assistência às toxicomanias – uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica**: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOLDERA, M.; DALGALARRONDO, P.; CORRÊA FILHO, H. R.; SILVA, C. A. M. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 277 – 283, 2004.

SOUZA, A. C. Ampliando o campo da atenção psicossocial: a articulação dos Centros de Atenção Psicossocial com a saúde da família. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p. 703 – 710, dez. 2006.

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

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. A rede social de indivíduos sob tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 373 – 383, 2009.

SOUZA, J. **Intervenções de um serviço de saúde mental direcionadas aos usuários sob tratamento pelo uso abusivo de substâncias psicoativas: das políticas e documentação à prática cotidiana.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, São Paulo, 2007.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; GONÇALVES, S. L.; MIELKE, F. B.; GUADALUPE, D. B. Centro de atenção psicossocial álcool e drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 210 – 217, abr./jun. 2007.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, p. 1 – 17, 2006. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>>. Acesso em: 10 nov. 2008.

SOUZA, R. S.; SIQUEIRA, M. M. O processo de enfermagem na assistência a pacientes com dependência de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p. 228 – 233, 2005.

SPHOR, B.; LEITÃO, C.; SCHNEIDER, D. R. Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v. 39, p. 219 – 236, abr. 2006.

SUIYAMA, R. C. B.; ROLIM M. A.; COLVERO, L. A. Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? . **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.3, p. 102 – 110, set./dez. 2007.

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. S. O modelo transteórico no tratamento da dependência química. **Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, v.10, n.1, p. 162 – 163, 2008.

TAVARES, C. M. M. A interdisciplinaridade como pré-requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 403 – 410, jul./set. 2005.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e a lógica de programação: o caso da saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1995.

TONIATTI, M. Crack – Desafios do Tratamento. **O Povo**, Fortaleza, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.opovo.com.br/opovo/fortaleza/810256.html>>. Acesso em: 11 jan. 2009.

TONINI, N. S. **O planejamento em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica**: um estudo dos municípios da região oeste do Paraná. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

TORRES, R. **Perfil epidemiológico do uso de drogas entre universitários da área da saúde**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará, 2002.

TOWNSEND, M. C. **Enfermagem psiquiátrica**: conceitos de cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRAVERSO-YEPÉZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. **Psicologia e Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 49 – 56, jul./dez. 2001.

TRONCOSO M.; ALVAREZ, C.; SEPULVEDA, R. Redes sociales, salud mental y esquizofrenia: una revisión del tema. **Revista de Psiquiatria**, v. 12, n. 2, p. 67 – 73, 1996.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. **CAPSUL** – Avaliação dos CAPS da região sul do Brasil. Disponível em: <<http://www.ufpel.edu.br/feo/capsul/capsul.php>>. Acesso em: 16 dez. 2008.

VALLADARES, A. C. A.; LAPPAN-BOTTI, N. C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.5, n. 1, p. 4 – 9, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/Revista>>. Acesso em: 10 set. 2008.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, *empowerment* no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. M. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n.2, p. 373 – 379, 2004.

ZAKABI, D. Experiências fantásticas de humanização em Fortaleza. In: Rede Humaniza SUS. Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://redehumanizaus.net/node/5548>>. Acesso em: 21 nov. 2009.

ZALUAR, A. **Integração perversa**: pobreza e tráfico de drogas. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O processo de construção de uma rede de atenção em saúde mental: desafios e potencialidades no processo de reforma psiquiátrica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p. 277 – 293, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ RG nº _____, autorizo a realização do estudo intitulado “**CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: RE-CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA**” sob a responsabilidade da enfermeira Angélica Mota Marinho, nos CAPS AD da cidade de Fortaleza – Ceará. Declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima e compreendi o seu objetivo geral de analisar os CAPS AD como dispositivos da política pública de atenção ao usuário de droga, tendo como base os preceitos de interdisciplinaridade, integralidade da assistência, intersetorialidade, reabilitação psicossocial e reinserção social, com enfoque na prática profissional. Portanto, concordo com a realização do estudo junto aos profissionais do CAPS AD, respeitando-se as vontades individuais e os preceitos éticos. Com os gerentes e usuários do CAPS AD que estiverem dentro dos critérios de inclusão será marcado um encontro para realização de uma entrevista, utilizando-se de um gravador. Os critérios de inclusão para os profissionais são: apresentar condições físicas e emocionais para participar; estar no serviço há, no mínimo, seis meses; e consentir sua participação no estudo. O grupo de informantes será composto pelos gerentes e profissionais de nível superior do CAPS AD que atenderem a todos os critérios mencionados. Além disso, será feita uma observação sistemática que trará subsídios para a compreensão da prática dos profissionais e da dinâmica de funcionamento do serviço. O estudo não trará nenhuma despesa para o CAPS AD e todos os recursos utilizados serão gratuitos.

Fortaleza, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do(a) coordenador(a) do serviço

Assinatura da pesquisadora

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ECLARECIMENTO

Declaro que, após esclarecido(a) sobre a pesquisa e de ter entendido o que foi explicado, aceito participar desse estudo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA O COORDENADOR DO SERVIÇO

INFORMAÇÕES SOBRE O SERVIÇO

Ano de abertura _____

Turnos de trabalho _____

Nº de usuários registrados _____

Nº de usuários em acompanhamento _____

Tempo médio de permanência do usuário _____

Nº de funcionários por categoria _____

Nº de funcionários total _____

Estrutura física (descrição)

Modo de seleção do gerente

Parcerias existentes

Presença de acadêmicos em estágios curriculares, voluntários ou bolsistas

Programa de qualificação permanente

INFORMAÇÕES SOBRE O COORDENADOR DO CAPS AD

I Aspectos sociodemográficos

Idade_____ Sexo_____ Estado Civil_____

Procedência_____

Naturalidade_____

Profissão_____

Renda pessoal mensal_____

II Aspectos da formação profissional e experiência na prática em Saúde Mental

Tipo de formação

Tempo de formação

Pós-graduação

Nível de pós-graduação

Área da pós-graduação

Tempo de experiência em saúde mental

Tempo de experiência em serviço de álcool e outras drogas

Tempo e tipo de vínculo com a instituição atual

Como se vinculou ao serviço?

Tempo na coordenação

Trabalha em outro(s) serviço(s) da rede de saúde mental?

-() Não () Sim Qual(is)? _____

Trabalha em outro(s) serviço(s) não pertencente(s) à rede de saúde mental?

-() Não () Sim Qual(is)? _____

Motivo(s) de trabalho no CAPS AD _____

III Questões norteadoras

1. Fale-me sobre a dinâmica de funcionamento do serviço e o seu projeto terapêutico.
2. Qual seria a missão do serviço?
3. O que você conhece sobre a Política atual de Atenção ao Usuário de Droga?

4. Descreva seu trabalho na coordenação do CAPS AD.
5. Como você avalia a repercussão das ações e práticas desenvolvidas pelo CAPS AD na vida dos usuários?
6. Que papel você considera que o CAPS AD tem na rede de atenção em saúde?
7. Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

APÊNDICE D

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DO SERVIÇO

INFORMAÇÕES SOBRE O PROFISSIONAL DO CAPS AD

I Aspectos sociodemográficos

Idade _____

Sexo _____

Estado civil _____

Procedência _____

Naturalidade _____

Profissão _____

Renda pessoal mensal _____

II Aspectos da formação profissional e experiência na prática em Saúde Mental

Formação

Tempo de formação

Pós-graduação

Nível de pós-graduação

Área da pós-graduação

Tempo de experiência em saúde mental

Tempo de experiência em serviço de álcool e outras drogas

Tempo de atuação no CAPS AD

Como se vinculou ao serviço _____

Motivo(s) para o trabalho no CAPS AD _____

Carga horária de trabalho no serviço_____

Trabalha com outro(s) serviço(s) da rede de saúde mental?

-() Não () Sim Qual(is)?_____

Trabalha em outro(s) serviço(s) não pertencente(s) à rede de saúde mental?

-() Não () Sim Qual(is)?_____

III Questões norteadoras

1. Como você percebe o uso de droga na sociedade atual? E o usuário de droga?
2. O que você conhece sobre a Política Atual de Atenção ao Usuário de Droga?
3. Descreva sua prática no serviço.
4. Além do CAPS AD, o que mais você considera importante para o tratamento do usuário de droga?
5. Que aproximação você faz entre a sua prática e os elementos citados anteriormente?
6. Que papel você considera que o CAPS AD tem na rede de atenção em saúde?
7. Como você avalia o trabalho desenvolvido por este serviço?
8. O que você considera como critérios para a alta do usuário?
9. Gostaria de falar mais alguma coisa?

APÊNDICE E
ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

I Recursos físicos

Quantitativo de:

Consultório(s) individual

Sala(s) para atividade(s) grupais

Espaço(s) de convivência

Refeitório(s)

Sanitário(s)

Área(s) externa(s) para realização de oficinas, recreação ou esportes

Outro(s)

*Destinação real de cada ambiente existente na estrutura física do CAPS AD

II Recursos humanos

Quantitativo de:

Médico psiquiatra

Médico clínico

Enfermeiro com formação em saúde mental

Enfermeiro sem formação em saúde mental

Psicólogo

Assistente social

Terapeuta ocupacional

Outro(s) profissional(s) de nível superior (especificar)

Profissionais de nível médio (especificar)

*Atividades em que esses profissionais estão envolvidos cotidianamente

III Dinâmica de funcionamento do serviço

Horário de atendimento

Projeto terapêutico (descrição sucinta do conteúdo do mesmo)

As atividades desenvolvidas na instituição e as diretrizes do projeto terapêutico (relação).

As atividades realizadas pelos profissionais da equipe.

Realização de reuniões entre profissionais e os usuários (finalidade das reuniões e conteúdo abordado).

Realização de reuniões entre profissionais do serviço (finalidade das reuniões e conteúdo abordado).

Envolvimento de profissionais ou membros de outros serviços nas atividades desenvolvidas no CAPS AD (descrição do envolvimento).

Envolvimento de profissionais dos CAPS AD em atividades desenvolvidas em outros serviços ou instituições (descrição do envolvimento).

Sistema de referência e contrarreferência (como funciona na prática).

ANEXOS

ANEXO A



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 32/09

Fortaleza, 30 de março de 2009

Protocolo COMEPE n° 26/ 09

Pesquisador responsável: Violante Augusta Batista Braga

Dept°./Serviço: Departamento de Enfermagem/ UFC

Título do Projeto: "Rede de atenção e de apoio social ao dependente químico: mapeamento do município de Fortaleza-CE"

Levamos ao conhecimento de V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n° 196 de 10 de outubro de 1996 e complementares, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 12 de março de 2009.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório final do referido projeto.

Atenciosamente,

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/UFC

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.