UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

JACQUELINE DE SOUZA

**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**

Ribeirão Preto

2007

JACQUELINE DE SOUZA

**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 apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski

Ribeirão Preto

2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Jacqueline de

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. Ribeirão Preto, 2007.

153p. il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientadora: Kantorski, Luciane Prado.

1. Intervenções. 2. Drogas de abuso. 3. Saúde Mental. 4. Prática profissional

FOLHA DE APROVAÇÃO

Jacqueline de Souza

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 apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica.

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: o doente, a doença e as práticas terapêuticas

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski

Banca Examinadora

Prof. Dr. ou Dra.....

Instituição.....Assinatura.....

Prof. Dr. ou Dra.....

Instituição.....Assinatura.....

Prof. Dr. ou Dra.....

Instituição.....Assinatura.....

Prof. Dr. ou Dra.....

Instituição.....Assinatura.....

Prof. Dr. ou Dra.....

Instituição.....Assinatura.....

DEDICATÓRIA

À minha família: aos presentes e aos ausentes. Em gratidão ao vosso amor, carinho e amparo.

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos atuais vínculos mais significativos da minha rede social dedico a minha gratidão:

Vínculos de amor: Manoel, Julio e Luís.

Vínculos de apoio: Shirley, Jairo, Malvina

Fontes de conhecimento e apoio: Profa. Luciane

Fontes de alegria: meu sócio Silas, meus sobrinhos, meus amigos, especialmente: Gláucio, Pancinha, Camilo, João Paulo, Ademar, Alvinho, Roberto, Flávio, Danielli, Serginho, Simone e a Gabi

Fontes de cuidado: Vaninha, Ju, Glaucinha

Fonte de carinho, tranquilidade e otimismo: Beto.

Aos colegas da casa 12, Fernando, Grace, Lídervan, Silvânia, meus vizinhos Fabrício e Maicon, pela amizade, e a todos os demais, pelo convívio.

Às atendentes do COMUT da biblioteca central, pela eficiência e atenção.

Aos profissionais do serviço de saúde mental de Alegrete/RS, pelo acolhimento e seriedade.

À Profa. Toyoko e Profa. Conceição pela oportunidade.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

*O mundo não é humano só por ser feito de seres humanos,
nem se torna assim somente porque a voz humana nele
ressoa, mas apenas quando se transforma em objeto do
discurso... Nós humanizamos o que se passa no mundo e
em nós mesmos apenas falando sobre isso, e no curso
desse ato aprendemos a ser humanos.*

- Hannah Arendt -

RESUMO

SOUZA, Jacqueline de. **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**. 2007. Dissertação (mestrado em enfermagem psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Tendo em vista a iniciativa do Ministério da Saúde de instituir aos indivíduos com problemas pelo uso abusivo de álcool e/ou outras drogas serviços de saúde mental de base comunitária nos moldes do Sistema Único de Saúde e em conformidade com as preconizações das atuais políticas de saúde mental; objetivou-se neste estudo conhecer as intervenções previstas pelos documentos que embasam as práticas de Centro de Atenção Psicossocial do município de Alegrete/RS, buscando, complementarmente, evidenciar tais ações no contexto prático dos trabalhadores na atenção aos indivíduos sob tratamento pelo uso abusivo de substâncias psicoativas. Estruturado nos moldes de uma pesquisa qualitativa, adotou-se como referencial teórico para sustentação da análise dos dados, a Política Nacional sobre Drogas, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral dos Usuários de álcool e drogas e as preconizações da Organização Mundial da Saúde com relação à prevenção e controle do uso abusivo de drogas. No tocante aos aspectos metodológicos, adotou-se a técnica de análise documental e a observação-participante (682 horas). Para apresentação dos resultados foram organizados quatro capítulos: “Dados de identificação e aspectos históricos do serviço de saúde mental de Alegrete”; “Apresentação dos documentos utilizados na pesquisa”; “Descrição das intervenções: da documentação à prática cotidiana” e “Intervenções comunitárias: reflexões sobre o processo de exclusão social e possibilidades de construção da cidadania”. O serviço apresentou uma boa articulação para atuação em rede, flexibilidade para ações intersetoriais e constante preocupação e empenho para a capacitação dos profissionais da equipe; no entanto, evidenciou-se a dificuldade de consolidação das ações na comunidade, falta de articulação com o Programa de Redução de Danos do município e atuação incipiente nos problemas de ordem social (por exemplo, nenhuma iniciativa efetiva relacionada à geração de trabalho e renda, exceto a venda de produtos da oficina de artesanato). Enfim, este estudo reforça o desafio lançado aos serviços de saúde mental, sobretudo àqueles que atendem indivíduos usuários de drogas, de “exteriorização” de suas práticas.

Palavras-chave: intervenções, drogas de abuso, saúde mental, prática profissional

ABSTRACT

SOUZA, Jacqueline de. **The interventions of a service of the mental health in the treatment of the users of the drugs.** 2007. Dissertation (master in psychiatric nursing) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

The treatment by service of mental health with action in the community is the present orientation of the Department of the Health on Brazil for the care of patients that abuse of the drugs. The aim of this study was to know the interventions registered in the documents that organize the actions of the service of mental health of Alegrete/RS and to observe the work of the professionals for confirm these actions in the attention of patients that abuse of the drugs. This is a qualitative study and data analysis was based on: the National Politics about Drugs; Politics of the Health's Department in Brazil for Integral attention of patients that abuse the drugs and orientation of the World Organization of the Health for prevention and control the abuse of drugs. Methodology: was utilized the documentary analysis and the participant observation (682 hours). The results was organized in four chapters: "identification and historic aspects of the service of mental health of Alegrete/RS"; "Presentation of the documents used in the research"; "Description of the interventions: the documents and the practical routine"; "Professional practices in the community: reflections about the process of social exclusion and possibilities of construction of the citizenship". Results: the actions of the service are articulated in a healthcare network; the service has flexibility for actions in partnership with social and healthcares sectors; there is a constant worry and endeavor for the qualification of the professionals. However, there is difficulty in carry out actions in the community; is lacking working in partnership with the Harms' Reduction Program of the town; there are necessity more professionals actions for attend the social problems (for example, effective interventions with the objective of generate work and yield for the users). Finally, the results of this research reinforce the challenge put to the service of mental health of "it put for outside" their professional practices.

Keywords: interventions, drugs of abuse, mental health, professional practice

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Estruturação nacional dos órgãos relacionados às políticas públicas sobre as drogas.....	35
Figura 2 -	Desenho da pesquisa (parte 1).....	55
Figura 3 -	Desenho da pesquisa (parte 2).....	56
Figura 4 -	Aspectos históricos do Sistema de Atenção Integral em Saúde Mental (SAISMENTAL) de Alegrete/RS.....	59
Figura 5 -	Ilustração da estruturação de uma rede de saúde mental ideal.....	60
Figura 6 -	Ilustração do sistema de saúde mental do município de Alegrete/RS.....	62
Figura 7 -	Modelo esquemático das ações desenvolvidas pelo serviço de saúde mental de Alegrete/RS.....	74

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Filosofias que orientam as políticas públicas brasileiras.....	21
Tabela 2 -	Modelos de prevenção na saúde pública.....	38
Tabela 3 -	Níveis de prevenção e respectivas estratégias de intervenção.....	39
Tabela 4 -	A conceitualização da análise documental por diversos autores.....	47
Tabela 5 -	Exemplo da planilha de organização dos dados documentais.....	48
Tabela 6 -	Modelo de tabela utilizado para classificação das intervenções.....	48
Tabela 7 -	Exemplo da tabela utilizada para apresentação de cada documento.....	49
Tabela 8 -	Dados sócio-demográficos do município de Alegrete/RS.....	57
Tabela 9 -	Dados de identificação do serviço de saúde mental de Alegrete/RS.....	58
Tabela 10 -	Projeto Técnico do CAPS de Alegrete (DOC-1).....	63
Tabela 11 -	Plano Plurianual – Projeto do Serviço de Saúde Mental (DOC-2).....	65
Tabela 12 -	Planejamento 2006 (DOC-3).....	66
Tabela 13 -	Documento Base para uma Política de Atenção Psicossocial ao Álcool e outras Drogas no Município de Alegrete (DOC-).....	69
Tabela 14 -	Projeto Técnico do CAPSad de Alegrete (DOC-5).....	72
Tabela 15 -	Temas e horários das oficinas de Saúde Mental Coletiva.....	87
Tabela 16 -	Principais distinções entre Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família.....	119

LISTA DE SIGLAS

CADEQ	Centro de Atenção ao Dependente Químico
CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CAPSUL	Pesquisa de Avaliação de Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil
CMSaúde	Conselho Municipal de Saúde
CNPJ	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica
CNPq-MCT	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Ministério da Ciência e Tecnologia
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
DAPE	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DOC	Documento
EUA	Estados Unidos da América
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
GM	Gabinete Ministerial
MS	Ministério da Saúde
N/C	Não consta
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não-governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAISMENTAL	Programa de Atenção Integral em Saúde Mental
PAM Central	Pronto Atendimento Médico Central
PoA	Porto Alegre
PROAD	Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes
SAIS-MENTAL	Sistema de Atenção Integral à Saúde Mental
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SISMEC	Seminário Internacional de Saúde Mental Coletiva
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SMAD	Revista Saúde Mental Álcool e Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNSE	Universidad Santiago del Estero

SUMÁRIO

1. CONSTRUÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO.....	18
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DO USO DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL.....	18
1.2 INTERVENÇÃO COM ENFOQUE NA COMUNIDADE COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA CIDADANIA.....	22
1.3 ATUAIS ABORDAGENS E INTERVENÇÕES EM SAÚDE AOS INDIVÍDUOS COM PROBLEMAS DECORRENTES DO USO ABUSIVO DE DROGAS.....	25
2. OBJETIVOS.....	30
2.1 OBJETIVO GERAL.....	30
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	31
3.1 A POLÍTICA NACIONAL SOBRE DROGAS.....	31
3.2 A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA A ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	36
3.3 PREVENÇÃO E CONTROLE DO USO ABUSIVO DE DROGAS PREVISTOS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.....	38
4. METODOLOGIA.....	42
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	42
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	42
4.3 PRINCÍPIOS ÉTICOS.....	43
4.4 SELEÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	44
4.4.1 Seleção e análise dos documentos.....	45
4.4.2 Uso dos mapas conceituais.....	50
4.4.3 A observação-participante.....	52
4.4.4 Entrecruzando análise documental e observação-participante.....	53
5. RESULTADOS.....	57
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO E ASPECTOS HISTÓRICOS REFERENTES AO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE ALEGRETE/RS.....	57
5.1.1 O município de Alegrete/RS.....	57
5.1.2 Aspectos históricos do serviço.....	58
5.2 APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS UTILIZADOS NA PESQUISA.....	60

5.3 DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES: DA DOCUMENTAÇÃO À PRÁTICA COTIDIANA.....	74
5.4 AS INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS: REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE EXCLUSÃO SOCIAL E POSSIBILIDADES DE CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA.....	102
5.4.1 Algumas proposições.....	118
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	123
REFERÊNCIAS.....	126
ANEXOS.....	140
ANEXO A – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	141
ANEXO B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO.....	142
ANEXO C – CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	145
APÊNDICES.....	146
APÊNDICE A – AÇÕES DE ACORDO COM OS MÉTODOS PRECONIZADOS PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE.....	147
APÊNDICE B – CODIFICAÇÃO DOS DADOS DO DIÁRIO DE CAMPO.....	152

APRESENTAÇÃO

Considerando a complexidade do uso abusivo de álcool e drogas e a influência deste fenômeno no meio familiar e social que envolve o indivíduo, apresento o meu interesse em tal temática como advindo do meu conhecimento empírico, e diria mais precisamente, da minha convivência estreita com esta questão desde minha infância. Os reflexos de tal problemática têm abrangido no mínimo três gerações da minha família e como uma situação cujos recursos disponíveis e respectivas resolubilidades não se apresentaram como favoráveis ao longo dos anos, esta questão foi se consolidando numa inquietação de fato no que diz respeito às práticas e intervenções desta área do saber.

Assim, ao iniciar minha trajetória acadêmica parte destas inquietações me direcionou a Iniciação Científica na área de família, quando então, através de estudos, encontros, discussões e participação em investigações pude evidenciar que os laços familiares são consideravelmente fragilizados em situações estressantes além de exercer influência direta sobre o comportamento e estilo de vida de seus membros. Além disso, passei a conhecer a importância das intervenções de saúde englobarem este grupo e direcionarem-se para um sistema cada vez mais amplo – o contexto social – quando então se tornou evidente para mim a pertinência dos pressupostos do Programa de Saúde da Família.

Ainda durante a graduação foi-me dada a oportunidade e a possibilidade de direcionar ainda mais o enfoque das minhas inquietações quando passei a atuar, também na Iniciação Científica, na área de psiquiatria e saúde mental. Particularmente o contato com as concepções inovadoras oriundas dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica reforçou muito minhas convicções pessoais da necessidade de uma transformação na sociedade no sentido de possibilitar um convívio mais digno e humano entre todos, inclusive os considerados “diferentes” e “estranhos”, além de conhecer autores renomados que compartilham da “utopia” de uma modalidade de tratamento em saúde mental que acolha, cuide e assista ao passo em que respeita, dignifica e liberta. Após os dois anos na Iniciação Científica, perto de completar a graduação, surgiu a necessidade de algumas definições no sentido de objeto de estudo para a monografia e concomitantemente a definição do campo para o estágio curricular complementar. E foi quando a identificação com a área de saúde mental, principalmente pelas questões político-sociais que ela abarca (que coincidiam com algumas bases do movimento de participação política no Diretório Acadêmico da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel) e a possibilidade de investigar a problemática das drogas de uma forma mais direta delinearam a minha opção pela escolha do campo de estágio no Centro de Atenção Psicossocial de álcool e

drogas do município de Pelotas. Definido o campo de estágio, juntamente com a minha orientadora da Iniciação Científica, pensei que seria enriquecedora e complementar uma vivência no Serviço de Redução de Danos do município, por entender que se trata de um outro modelo de abordagem para a mesma problemática. Após um contato prévio com a coordenação do serviço, iniciei, com um estruturado projeto de atuação, um estágio de vivência participando de todas as abordagens nos trabalhos de campo juntamente com os redutores. Esta vivência foi extremamente enriquecedora e possibilitou a visualização de toda a questão socioeconômica que tem relações estreitas com a problemática das drogas. Além disso, o trabalho de campo mostrou-se como uma forma especialmente efetiva de acolhimento das pessoas em condições mais extremas de exclusão.

A atuação no Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas, também se constituiu numa experiência muito rica, em se tratando de um serviço organizado nos moldes preconizados pela Reforma Psiquiátrica permitiu conhecer abordagens calcadas em referenciais teóricos inovadores e compartilhar também dos não poucos desafios que o tratamento de pacientes em situação de dependência de drogas possui. Um dos aspectos mais importantes desta vivência foi a possibilidade de atuação em equipe multidisciplinar, pois o serviço acolheu-me viabilizando minha participação e atuação direta nas discussões e decisões relacionadas ao plano terapêutico dos pacientes e funcionamento do serviço de uma forma geral.

Este Centro de Atenção Psicossocial também se constituiu no campo de pesquisa da minha monografia que focou os vínculos e a rede social dos indivíduos sob tratamento neste serviço. Este estudo constituiu-se numa pesquisa qualitativa, desenvolvida através de grupos focais, entrevistas, e observação participante. Os principais resultados¹ apontaram que os sujeitos tinham os vínculos rompidos ou desgastados pelo processo de dependência às drogas; a falta de vínculos de amizade (acredita-se que o tratamento voltado para a abstinência exige um rompimento com amigos usuários); vínculo com emprego rompido culminando na dependência de substâncias ou como causa deste problema e vínculos religiosos muito superficiais. Em suma, mostrou que a rede social dos sujeitos envolvidos no estudo era muito pequena, indicando a necessidade de intervenções no sentido de fortalecimento das relações ainda existentes e outras no intuito de inseri-los em atividades de lazer, trabalho, enfim, maiores oportunidades de interações sociais.

¹Resultados encaminhados para publicação sendo que dois artigos estão no prelo e um já publicado: SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKE, Fernanda Barreto. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS ad. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v.2, n.1, p.01-17, 2006. Disponível em <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>.

Com relação ao serviço, foi identificado como principal fonte de apoio. No entanto, este, no período estudado, restringia suas atividades basicamente ao espaço do próprio serviço não efetivando nenhum tipo de intervenção de base comunitária e nem ao menos visitas domiciliares. Este fator refletiu também a necessidade urgente de uma maior articulação do serviço com outros dispositivos sociais e da saúde para consolidação da rede de atenção a estes indivíduos.

Logo após completar as 300hs do estágio complementar, surgiu a oportunidade de um intercâmbio com a Universidad de Santiago Del Estero (UNSE) na Argentina, com o objetivo de vivenciar o trabalho em redes sociais desenvolvido através da área de Enfermería Comunitaria da Facultad de Humanidades Ciências Sociales e de La Salud. Minha estadia neste país foi supervisionada pela enfermeira profa. Dra. Josefa Delgado com quem desenvolvi atividades acadêmicas, de campo e estudos. Tal experiência fortaleceu ainda mais minhas perspectivas com relação à possibilidade de conhecer e aprofundar meus conhecimentos na temática de intervenções em redes sociais.

Assim, a identificação com a área da pesquisa e o desejo de exercer a docência me impulsionaram à continuidade dos estudos. A possibilidade de realizar o mestrado numa escola muito renomada, poder continuar recebendo o aporte de conhecimento e auxílio da docente que acompanhou o início da minha carreira acadêmica e, sobretudo a oportunidade de dar continuidade (complementando) às investigações iniciadas pela monografia, doravante ampliando o enfoque, foram os motivadores para o empenho em ingressar neste programa de mestrado.

Cabe salientar que as disciplinas cursadas permitiram ampliar e inovar o meu olhar para questões como direitos humanos, cidadania, liberdade, política participativa, o compromisso das pesquisas e posicionamento político-ideológico do pesquisador, os diferentes modelos de intervenção e propostas de tratamento pautados numa concepção pós-moderna, críticas ao modelo tradicional de tratamento psiquiátrico, orientações relacionadas às perspectivas metodológicas no desenvolvimento de pesquisas, dentre outras. Portanto, através deste projeto proponho o delineamento de um estudo que resulta do repensar da problemática **uso abusivo das drogas** à luz destas concepções revisadas e discutidas nas disciplinas cursadas.

Esta proposta de investigação é um sub-projeto incorporado ao Projeto CAPSul que consiste numa pesquisa de avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil (CAPS)².

² Projeto coordenado pela Profa. Dra. Luciane Prado Kantorski da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade do Oeste do Paraná, financiado pelo Centro Nacional de Pesquisa

1 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DO ESTUDO

Este projeto consiste num estudo das intervenções realizadas por um Centro de Atenção Psicossocial da região sul do Brasil aos indivíduos sob tratamento pelo uso abusivo de substâncias psicoativas.

Embora a questão das drogas seja um problema em várias partes do mundo, convém contextualizá-la à realidade brasileira.

1.1 Contextualização da problemática do uso do álcool e outras drogas no Brasil

O Brasil conta com uma população estimada de 187.998.259 habitantes com uma área de 8.547.403,5km². Uma sociedade cujo traço mais marcante é a desigualdade e, embora os indicadores sociais tenham melhorado de forma generalizada (principalmente os de saúde, educação e condição dos domicílios), a distância entre os extremos ainda é muito grande. Metade da população ocupada do Brasil tem rendimento (médio mensal de todos os trabalhos) de meio a dois salários mínimos; e o 1% mais rico da população acumula o mesmo volume de rendimentos dos 50% mais pobres; os 10% mais ricos ganham 18 vezes mais que os 40% mais pobres. Metade dos trabalhadores brasileiros ganha até dois salários mínimos (IBGE, 2002).

Um dos estudos epidemiológicos mais recentes relacionados ao consumo de drogas no país foi feito em 2001 com uma amostra que abrangeu 107 cidades com mais de 200.000 habitantes nas regiões do país: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste. Foram entrevistadas 8589 pessoas entre 12 e 65 anos. O resultado mostrou que 19,4% fizeram uso de alguma droga ao longo da vida; a prevalência do uso de álcool foi de 68,7% e a do tabaco de 41,1%; além disso, a droga ilícita de maior uso, segundo o estudo, é a maconha – 6,9% - taxa menor que EUA, Reino Unido, Dinamarca, Espanha, Chile e maior que o uso na Bélgica e Colômbia. Este estudo concluiu que as drogas consideradas lícitas, a saber, o álcool e o tabaco, são os problemas de saúde pública mais proeminentes no Brasil. (CARLINI, GALDURÓZ, NOTO e NAPPO, 2002).

Além de ser legalizado no país, o álcool é uma droga de baixo custo e extremamente acessível no que se refere à distribuição, o que se reflete em sua difusão por todas as camadas da população. Além disso, a mídia televisiva – que também atinge grande parte da sociedade – difunde amplas propagandas associando o seu consumo ao prazer, lazer e bem-estar.

Minayo e Deslandes (1998) afirmam que as evidências empíricas têm mostrado que o álcool é a substância mais significativa no que se refere à articulação com a violência, no entanto, devido à sua classificação como droga lícita, ele é socialmente aceito e muito consumido. Por outro lado,

embora o álcool e o tabaco sejam as drogas mais usadas, o mercado de drogas ilícitas também tem acarretado consequências alarmantes.

Estas autoras apresentam alguns resultados de estudos realizados em dois hospitais do Rio de Janeiro com o objetivo de caracterizar os atendimentos de emergência hospitalar decorrentes da violência; de 2736 atendimentos de um dos hospitais, por causas externas realizados no mês do estudo, 343 envolviam o uso de drogas; no outro hospital, de 2192 atendimentos, 295 tiveram o envolvimento de drogas na sua ocorrência. Apontam que de 176 agressões atendidas no primeiro hospital, 33% envolviam o uso de drogas e 188 agressões atendidas no segundo hospital, 37% tiveram relação com droga, ou seja, uma em cada três agressões envolvia o consumo de drogas. Já com relação aos acidentes de trânsito dos 149 do primeiro hospital e 143 do segundo, 40,5% e 33% respectivamente envolviam o uso de drogas. Destacam também número significativo no que se refere aos atropelamentos.

Embora seja relevante a evidência dos dados, Minayo e Deslandes (1998) ressaltam a necessidade de um enfoque mais amplo sobre as condutas individuais para a investigação das mudanças biopsicossociais e drogas como fatores que influenciam os índices de violência, pois, segundo suas asserções, há muitas incertezas quanto às explicações causais da relação drogas-violência.

... não é possível saber se essas pessoas em estado de abstinência não teriam cometido as mesmas transgressões. (...) apenas o que nos é possível inferir é a alta proporção de atos violentos quando o álcool ou as drogas estão presentes entre os agressores e vítimas, ou em ambas as partes. (MINAYO, DESLANDES, 1998 p.37).

Minayo e Deslandes (1998) acrescentam que as pesquisas na área geralmente enfatizam o agressor e não a vítima, o que também pode ser causa de algum viés nos resultados. Ressaltam então a necessidade de contextualização estrutural, cultural e situacional, incluindo esclarecimentos quanto aos motivos, intenções, seqüências e interações que culminaram no fenômeno violento e os acontecimentos que o sucederam e precederam.

Assim, atualmente, a droga, a violência, a pobreza e a marginalidade têm sido consideradas causas em si, quando devem ser consideradas como simples sintomas de uma enfermidade maior e mais grave que afeta a humanidade determinando sofrimento e exclusão (REBOLLEDO e COSTA, 2005, p.908).

No que se refere às drogas ilícitas, Rebolledo e Costa (2005) assertem que as mortes e agressões decorrentes da **ilegalidade das drogas** devem ser contrastadas com os danos psicofísicos próprios destas substâncias, citam o estado do Rio de Janeiro como um exemplo dos danos advindos da violência devido à tal ilegalidade, destacando a articulação entre tráfico de drogas e outras atividades criminais como assassinatos, tráfico de armas, organizações criminais como os aspectos mais graves da questão.

Minayo e Deslandes (1998) corroboram com esta asserção enfatizando que o vínculo mais consistente entre drogas e violência se encontra no fenômeno do tráfico de drogas ilegais que é um mercado que gera ações violentas entre vendedores e compradores sob diversas circunstâncias como roubos, disputas de território, delinquência organizada. Segundo as autoras o crime organizado se institucionalizou no Brasil a partir da década de 80 aumentando as estatísticas de homicídio, espalhando o medo, enfim, se configurando numa verdadeira resposta social. Acrescenta seu papel como mercado de trabalho principalmente para os jovens das favelas e periferias que não conseguem ingressar no mercado formal.

Observa-se que estas organizações do tráfico têm se fortalecido justamente na lacuna deixada pelo Estado no que se refere à exclusão social, uma vez que se utiliza da força de trabalho de jovens marginalizados socioeconomicamente, ao passo que lhe possibilita uma forma de adquirir renda e reconhecimento na comunidade, a própria ilegalidade o exclui ainda mais e, sobretudo aumenta a vulnerabilidade destes jovens no que se refere ao uso abusivo das drogas.

Por outro lado, embora a desigualdade social seja um fator que deve ser muito pontuado com relação à problemática das drogas, sabe-se que não se trata de um processo linear causa-efeito, o que traz à reflexão sobre qual a motivação das pessoas para o uso das drogas, uma vez que isto abrange as diversas camadas sociais em todo o mundo.

Os adventos científicos e a rápida evolução tecnológica voltados para um mundo cada vez mais globalizado, paradoxalmente têm contribuído para um isolamento social do homem que, mediante as demandas emergentes do mundo atual, busca novos modos de enfrentamento para as situações de estresse, insegurança e solidão (SOUZA, KANTORSKI e MIELKE, 2006).

Rebolledo e Costa (2005) afirmam que o problema do uso abusivo de drogas envolve questões relacionadas aos valores e motivações e modelo da sociedade. Na versão pós-moderna da sociedade dotada de princípios de liberdade e autonomia, o uso de drogas é considerado a adoção de um estilo de vida baseado num repertório sociocultural que apregoa o viver intensamente, a ênfase nos sentimentos pessoais e impulso à sociedade de consumo. Além disso, o uso de drogas pode estar associado a uma concepção de felicidade imediatista ocultando a angústia, o fracasso e a dor (REBOLLEDO e COSTA, 2005).

Destarte, apresenta-se o primeiro pressuposto:

PRIMEIRO PRESSUPOSTO: depreende-se que as drogas, lícitas e ilícitas, devido às conseqüências do seu uso abusivo, a influência que exercem nos fatores externos¹ quer pelo consumo quer pelo tráfico além de seus reflexos na saúde pública brasileira (decorrente de internações, atendimentos de emergência, etc.) se constitui de fato num

¹ Violência, agressão, mortes, problemas familiares, perdas afetivas

problema complexo com implicações de ordem social.

Segundo Nascimento (2006) quando algo se constitui num problema social ele se torna um objeto de políticas voltadas a diminuir, inibir e/ou prevenir as causas deste problema. Ao passo que o uso abusivo das drogas é considerado um problema social principalmente por gerar prejuízos nas esferas afetiva, educativa, produtiva, econômica, saúde e relações sociais, demanda políticas públicas eficientes com ações contextualizadas aos objetivos da sociedade. O autor faz uma crítica às políticas públicas existentes que são voltadas basicamente à punição ou tratamento.

No Brasil, há duas filosofias que orientam as políticas públicas, porém ambas norteadas pelo caráter punitivo (NASCIMENTO, 2006):

	Usuário-criminoso	Usuário-doente
INSTRUMENTO	Normas do Estado proibindo a conduta do uso de drogas	Poder médico + poder judiciário
AÇÕES	Restrição da liberdade de ir e vir do usuário de drogas Transações penais Intervenção na economia da droga Aumento da repressão	Tratamento médico e/ou psicológico Intervenções ao invés de prevenções
OBJETIVO	Proteger a sociedade dos problemas decorrentes do uso de drogas	Patologização como medida de segurança ao indivíduo e sociedade
CONCEPÇÕES FUNDAMENTADORAS	Drogas como fontes de crime Punição = educação	Modelo médico: a adicção à substância segue um estado patológico
	Criminaliza a conduta de consumir drogas	Rotula o usuário como doente

Tabela 1 – Filosofias que orientam as políticas públicas brasileiras
Adaptado de Nascimento (2006)

Estas duas filosofias apresentadas pelo autor dizem respeito, sobretudo à questão das drogas ilícitas, quando então ambas, geralmente, estão imbricadas, isto é, o indivíduo é “descriminalizado” desde que submetido ao tratamento médico. Ou seja, o poder policial é relativizado pelo poder médico que, passa a ser central a partir do momento que a questão das drogas se institui como um problema de saúde.

Rebolledo e Costa (2005) apresentam dois modelos de abordagem ao problema das drogas na América Latina, a saber, a) o modelo biomédico: o uso de drogas é visto como uma enfermidade psicobiológica e as intervenções são voltadas também ao ambiente; b) o modelo geopolítico estrutural: que considera o problema das drogas incluindo fatores judiciais, políticos, econômicos e geográficos, centrando as intervenções no fortalecimento das estruturas governamentais, estabelecimento de medidas de controle da venda, consumo e tráfico das drogas, diminuindo a oferta-demanda. Embora considerem ambas as estratégias com certo grau de desenvolvimento e evolução, destacam que ambas não têm apresentado resultados em termos de impacto social. No nível nacional a política relacionada às drogas, de fato tem se pautado nestes modelos previamente apresentados. A atual Política Nacional sobre Drogas foi aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) no dia 27 de outubro de 2005 através da Resolução do Gabinete de Segurança Institucional nº3/GSIPR/CH/CONAD (BRASIL, 2006a).

Nesta política enfatiza-se a distinção entre as drogas lícitas e ilícitas considerando um ideal de sociedade “protegida do uso de drogas ilícitas e uso indevido de drogas lícitas”.

Este pressuposto inicial traz à reflexão os critérios e parâmetros que sustentam a consideração de uma determinada droga como lícita ou ilícita, tendo em vista os evidentes prejuízos e sérias conseqüências à saúde do indivíduo usuário das drogas **lícitas**. O que as distingue das ilícitas? Qual o real posicionamento da sociedade com relação a isso? É viável o ideal de sociedade “protegida” do uso de drogas? Tal postura não denota um argumento de vitimação com relação à escolha individual de fazer ou não o uso de drogas? Além disso, em termos semânticos, a palavra proteção reflete um significado de periculosidade, reforçando a concepção moral com relação ao uso de drogas como um comportamento “mau”, “inadequado”, “desviante”.

Uma sociedade com boas opções e perspectivas de vida, com seus direitos de cidadania assegurados, fortalecida democraticamente, ciente da necessidade de respeito às diferenças, solidária, atuante e participante politicamente, estaria apta a fazer as escolhas referentes ao seu modo de vida, ou seja, não é uma proteção paternalista e repressiva por parte do Estado que será decisiva no tocante ao comportamento das pessoas que optam pelo uso de substâncias ditas “ilícitas” ou às que fazem uso abusivo das drogas lícitas.

Esta asserção destaca a importância de práticas de saúde voltadas para o fortalecimento da autonomia e poder contratual do indivíduo, visando o resgate e manutenção do seu exercício cidadão. Portanto, a atenção em saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas se beneficiarão de intervenções com enfoque na comunidade, que, segundo Castiel (2004) é um dos conceitos centrais da promoção da saúde.

1.2 Intervenção com enfoque na comunidade como estratégia de promoção da cidadania

A promoção da saúde, num enfoque reformista, atua como estratégia para criar mudanças na relação entre cidadãos e Estado, através de uma ênfase nas políticas públicas e ações intersetoriais, podendo constituir-se também, dentro de um enfoque libertário, numa busca de mudanças sociais mais profundas (como são, por exemplo, as propostas de educação popular) (CASTIEL, 2004).

Segundo Castiel (2004, p.619) “em síntese, a idéia de comunalidade pode ser demarcada como estando ligada a alguma localidade geográfica, com altos teores de homogeneidade, compartilhando interesses, afinidades, trocas simbólicas, laços relacionais solidários”. Este autor ressalta que a perda do sentido de ‘comunidade’ no Ocidente está relacionada ao processo de individualização que tem modelado sujeitos auto definidos e auto controlados, dotados de “mundos interiores” isolados e separados.

Apesar disso, Castiel (2004) define comunidade como as relações sociais próximas que proporcionam acolhimento, suporte emocional, pertença, compartilhamento de aspirações etc., mas que, em contrapartida, pode oprimir e levar ao adoecimento.

Rios, Franchi, Silva, Amorim e Costa (2007) destacam a importância das intervenções de caráter comunitário em prol da melhoria da qualidade de vida; propõe, portanto a concepção de Promoção da Saúde como metodologia da prática de educação e saúde, que deve considerar a experiência cotidiana dos atores envolvidos visando seu empoderamento (*empowerment*) – através de políticas públicas que garantam alimentação, saúde, educação, lazer e trabalho - e intervir nas relações sociais somando ciência e senso comum – construção compartilhada do conhecimento – em busca de qualidade de vida.

Andrade e Coelho (1997) afirmam que o fracasso das práticas desenvolvidas sem o envolvimento da população-alvo, revela o profundo desconhecimento dos planejadores da saúde sobre as formas do indivíduo conceber a vida, o trabalho e a saúde e suas representações. Acrescentam que, o aumento da consciência popular, sobre a existência de um agravo que pode ser prevenido e sobre as ações terapêuticas, através de informações compreensíveis – capacitação técnica da população – associada a um comprometimento dos profissionais da saúde, permite que a comunidade torne-se participante ativa do processo de aprendizagem, planejamento e desenvolvimento das ações educativas e de saúde.

Romaní (2002) asseverte que uma intervenção deve ter ao menos certo grau de coerência com a visão de mundo do grupo assistido e que a eficácia das ações depende em grande parte do compartilhamento do universo simbólico da pessoa que será assistida, pois a assistência não é simplesmente uma técnica e sim um conjunto de técnicas, rituais aplicados e processos complexos de mobilização que se configuram numa determinada visão de mundo com suas normas correspondentes.

Este autor entende que o uso de drogas consiste num fenômeno no qual a substância química é incorporada ao organismo objetivando alterar algumas de suas funções e seus efeitos, não obstante, estão mais mediados pelos aspectos socioculturais do que pela bioquímica propriamente dita. Com relação ao conceito de saúde utilizado pela sociedade ocidental, o autor utiliza a expressão “auto-atenção” para designá-la incluindo neste termo todas as intervenções sobre os problemas no funcionamento do organismo e da relação social imediata (indivíduos e grupos humanos definido pelo autor como microgrupos²) (ROMANÍ, 2002). Ressalta que todo o processo de assistência possui aspectos de gestão (práticas, comportamentos, atuações) e aspectos ideológicos (representações, valores e atitudes – modos de organização institucional e legitimações corporativas).

No caso da medicina científica moderna, há um discurso que tem como última referência a ciência, que legitima toda a atividade profissional no campo da saúde. No campo dos

²Os microgrupos citados pelo autor corresponde ao conceito de rede social adotado neste estudo.

serviços sociais há um tipo diferente de legitimação, mas sempre existe este discurso com pretensões de cientificidade que permite que o resto da sociedade aceite de alguma forma uma determinada intervenção (ROMANÍ, 2002, p.10).

Assim, as diferentes estruturas físico-químicas dos diversos consumidores de drogas, seus respectivos grupos de convivência que dão um sentido cultural ao fato de consumi-las e, por conseguinte, a utilidade social atribuídas a elas, formas de obtê-las e outros fatos e circunstâncias menos relevantes, segundo o autor, num conjunto modificam substancialmente os próprios efeitos objetivos e subjetivos das drogas a curto ou longo prazo. Entende, então que há distintos modos de usar e dar significado às drogas e que isso deve ser levado em conta quando se planejam práticas preventivas (ROMANÍ, 2002).

Segundo o autor, há dois modelos para trabalhar com a prevenção considerando os objetivos propostos pela saúde pública: uma baseada na “sabedoria das instituições” e outra apelando para os saberes e opiniões das populações com as quais se trabalha; respectivamente denominados como **modelo prescritivo** e **modelo participativo**.

No **modelo prescritivo** o profissional diz o que deve ser feito, e a população deve assumir o que disse ao especialista. Os métodos de comunicação que podem ser citados são os *slogans*, campanhas publicitárias e conselhos dos especialistas. No **modelo participativo** se propõe identificar **com** a comunidade os problemas, conjunto de necessidades e respectivos critérios de abordagem. (modelo adotado pela enfermagem comunitária - Universidad Santiago Del Estero/ Argentina - na abordagem em redes sociais³)...

Para Romaní (2002, p.11) “quando a informação não trabalha com os canais de comunicação da comunidade tem um índice de fracasso bastante alto, visto que a linha central do trabalho no modelo participativo é a educação integral através dos canais de socialização habituais”. O autor se refere à educação no sentido do avanço conjunto do grupo com o especialista na aquisição de habilidades e conhecimentos para o enfrentamento do problema identificado. Assim, a comunicação, na perspectiva deste modelo se dá através da discussão em grupo que vai delineando os problemas.

Através do modelo participativo, há uma redefinição nas práticas de intervenção preventiva do problema das drogas através de um esforço conjunto da comunidade em prol de reduzir razoavelmente a probabilidade de problemas relacionados ao uso abusivo das drogas, a partir de um enfoque mais realista focado na possibilidade de solucionar ou contestar aspectos danosos advindos de certos consumos de drogas conduzindo a uma flexibilização de critérios considerados pelas políticas de redução de danos (ROMANÍ, 2002).

O enfoque participativo configura-se também num desafio em nossa sociedade que, embora

³ Intercâmbio realizado sob supervisão da Profa. Dra. Josefa Delgado – Universidade Santiago Del Estero/ Argentina, no entanto este tipo de intervenção – no período do estágio - referia-se à Atenção Primária em geral, e não ao caso específico de álcool e drogas.

não tenha completa adesão ao modelo prescritivo, encontra-se acomodada a ele.

Ressalta-se que as importantes concepções do Prof. Oriol Romani, iluminam a apresentação do segundo pressuposto:

SEGUNDO PRESSUPOSTO: a complexidade do uso abusivo de drogas tem reflexos psicossociais⁴ no contexto afetivo e familiar do usuário e na comunidade onde ele vive; culminando em agravos sociais⁵ e, portanto, requer intervenções que contemplem estes diferentes contextos.

1.3 Atuais abordagens e intervenções em saúde aos indivíduos com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas.

Depreende-se que, além de informar políticas adequadas aos problemas sociais as pesquisas têm um papel extremamente importante com relação à transformação das práticas. Neste sentido, vários pesquisadores da área (Pechansky, 1994; Laranjeira e Romano, 2004; Minayo e Deslandes, 1998; Galduróz, Noto, Nappo e Carlini, 2005; Souza, Kantorski e Mielke, 2006; Schenker e Minayo, 2004; Scivoletto, 2001; Rigotto e Gomes, 2002; Pillon, Luis e Laranjeira, 2003) têm apontado a necessidade de mudanças no que diz respeito à abordagem e intervenção dos indivíduos com problemas decorrentes do uso abusivo de drogas.

Pechansky (1994) critica a atenção em saúde para os indivíduos com problemas de abuso de drogas no Brasil, afirmando que os pacientes são misturados ou isolados dos grupos de acordo com a vocação do terapeuta e não baseado em conceitos do modelo clínico desejável e reforça que as técnicas terapêuticas, geralmente, seguem esta linha. Assinala que, embora haja várias modalidades de tratamento disponíveis na literatura, particularmente no sul do Brasil a maioria dos tratamentos é oriunda de uma combinação de psicoterapia e aconselhamento com profissionais que não estão devidamente habilitados para lidar com pacientes com problemas de drogas.

De acordo com este autor, as modalidades de tratamento mais usadas entre as décadas de 80 e 90 eram:

- Alcoólicos Anônimos (AA): grupo que se organiza em reuniões internas uma ou duas vezes por semana e a família participa de algumas sessões com um terapeuta. O autor afirma que este tipo de tratamento foi razoavelmente bem-sucedido no tratamento de alcoolistas nas cidades do sul e sudeste do Brasil, no entanto, para os usuários de outras

⁴ Reflexos psicossociais: problemas e/ou mudanças relacionados ao comportamento, situação de vida, recursos que tem acesso, condições materiais, relações de suporte

⁵ Agravos sociais: danos a si e a outrem, dentre os quais problemas de saúde condições de co-morbidades e outros prejuízos por fatores externos como acidentes, violência, agressões.

drogas os resultados não foram tão favoráveis com este modelo;

- hospitais psiquiátricos: que contavam com unidades de tratamento para dependentes de drogas ou uma divisão psiquiátrica;
- tratamento religioso: intervenções voltadas para questões relacionadas ao caráter e moralidade; o vício é visto como uma doença moral, os condutores são religiosos carismáticos e usuários recuperados que, segundo o autor, não contam com habilidades técnicas básicas e suporte médico, mas aceitam clientes em todos os estágios de dependência, no entanto, nos últimos anos estes grupos estão se submetendo aos treinamentos e sendo auxiliados por profissionais com o apoio do Ministério da Saúde;
- clínicas privadas de tratamento especializado: Os pacientes são submetidos à internação e contam com uma espécie de tratamento ambulatorial após a alta, objetivam a abstinência total, a reorganização familiar e retorno ao padrão de trabalho; os membros da família também participam do tratamento;
- Cruz Vermelha que, como os hospitais psiquiátricos públicos e os Alcoólicos Anônimos geralmente baseavam-se no modelo dos 12 passos (*"Minnesota Model"* ⁶).

Noto e Galduróz (1999), citam abordagens como as comportamentais, cognitivas, medicamentosas, porém com evidência científica que não diferem entre si com relação à efetividade, e ainda, com índices muito semelhantes e baixos de abstinência após o tratamento.

A teoria cognitivo-comportamental pressupõe que o reforço negativo diminui a frequência de um comportamento indesejado e propõe uma psicoterapia breve que visa modificar idéias distorcidas e comportamentos disfuncionais através da sensibilização do indivíduo para pensar sobre si e sua atuação no mundo. Foi desenvolvida por Aaron Beck na década de 60 (SCOTT, WILLIAMS, BECK, 1994; BECK, 1997; FOCCHI, ANDRADE, 2001).

O modelo de redução de danos também consiste numa abordagem que tem assumido um importante papel no cenário das drogas.

De acordo com o PROAD (Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes da UNIFESP), por volta da década de 80 a contaminação dos usuários de drogas injetáveis pelo vírus da AIDS como consequência do compartilhamento de seringas foi o principal fator para a criação dos primeiros centros de distribuição e troca de seringas na Europa marcando o início de uma nova abordagem do problema das drogas: "Redução de Danos", que tem por objetivo principal minimizar os efeitos danosos das drogas buscando a melhoria do bem-estar físico e social dos usuários e ajudá-los

⁶ Tratamento no qual o indivíduo é submetido a 28 dias de estadia para desintoxicação, uma série de episódios confrontativos utilizados para romper com a negação do paciente, um estágio de reorganização e preparação para alta. Os estágios do tratamento são supervisionados por um médico ou psicólogo com formação em adicção de drogas e as atividades são conduzidas por um conselheiro que, geralmente, é um usuário recuperado que tenha uma boa relação com os demais.

a atuar socialmente. Nesta abordagem são realizados trabalhos de campo nas ruas, em hospitais e em prisões, busca-se tornar mais acessíveis os serviços de saúde, e propiciar oportunidades de reabilitação social. Os profissionais que atuam neste programa devem assumir uma postura compreensiva e inclusiva. Os objetivos gerais consistem em evitar o uso de substâncias psicoativas ou o envolvimento precoce com este uso; com os sujeitos já envolvidos ajudá-los para que não se tornem dependentes e com os já dependentes oferecer meios para o abandono da dependência ou orientá-los para que tenham menos prejuízos.

Noto e Galduróz (1999) afirmam que, embora o modelo já tivesse importância e reconhecimento internacionalmente, houve inúmeras resistências políticas quanto à implementação de projetos estruturados neste modelo no contexto brasileiro.

Pechansky (1994) destaca que no que se refere às práticas terapêuticas das diferentes modalidades há problemas relacionados à formação curricular dos profissionais, treinamentos, funcionamento e acessibilidade dos serviços públicos e privados. Critica as próprias técnicas terapêuticas adotadas, à rede de comunicação insuficiente entre os profissionais das diversas partes do país e falta de incentivo e visibilidade da área. Acrescenta que a comunicação entre os serviços é falha e que os tratamentos ambulatoriais ou hospitalares não são referidos ao cliente por sua condição e necessidade, e sim de acordo com a vaga disponível ou pela condição financeira (no caso de tratamento numa clínica, ambulatório ou hospital particular).

Segundo Pechansky (1994) os clientes recebem tratamentos distintos e sem conexões entre eles, culminando em resultados ineficazes. Além disso, ressalta a desigualdade existente entre as classes mais e menos favorecidas no tocante ao acesso dos serviços de saúde.

Convém, destarte, considerar que o Sistema Único de Saúde no Brasil, embora não completamente consolidado, tem como princípio modificar este contexto e que a lógica de ampliação da cobertura populacional conta, atualmente com a difusão da Estratégia de Saúde da Família. No que se refere à Saúde Mental, com o advento da Reforma Psiquiátrica, a saúde pública neste setor também tem encaminhado para mudanças, principalmente no sentido de implementação de serviços também de base comunitária que tendem a focar com mais eficácia os problemas da população da região. Além disso, a preconização da formação de uma rede integrada de serviços é um fator que influenciará, com certeza, nos esforços de suprir as desconexões entre as modalidades de atenção, permitindo o acompanhamento do itinerário terapêutico dos pacientes e melhorando a otimização dos recursos técnico-científicos e materiais entre os profissionais.

Estas mudanças são, portanto, prementes também para a especificidade álcool e drogas devido à necessidade de deslocar o foco das ações apenas sobre a conduta do usuário e ampliá-lo para o conjunto de relações que levem o indivíduo a atividades prejudiciais nos âmbitos econômicos,

produtivos, legais, afetivos e morais (NASCIMENTO, 2006).

O uso de drogas como uma forma de lidar com situações problemáticas é um fenômeno complexo que precisa abranger o entendimento do contexto familiar e sociocultural e levantamento dos fatores de risco e de proteção que subsidiarão ações efetivas de caráter preventivo (SCHENKER e MINAYO, 2004).

Enfim, a contextualização da problemática da dependência às drogas demanda uma reflexão sobre o tratamento e a influência da família e de outros grupos da rede social acionadas por este indivíduo, quer no percurso da dependência quer no processo de tratamento/abstinência.

Schenker e Minayo (2004), numa revisão de literatura sobre o tratamento do uso abusivo de drogas compreendendo o período de 1995 a 2002, afirmam que a família apareceu tanto como co-autora do surgimento do abuso de drogas quanto como instituição protetora para a saúde de seus membros, ressaltam também a complexa influência dos demais grupos sociais como escola e amigos.

“O consumo de drogas é uma forma de expressão e percepção de si mesmo, numa relação que inclui os outros e o ambiente em que se vive” (RIGOTTO e GOMES, 2002, p.95). O ambiente e as pessoas que o integram, de certa forma podem exercer funções contraditórias ao passo que este ambiente pode se constituir num reforço positivo ou negativo ao uso abusivo de drogas, da mesma forma que as interações sociais que compreendem este contexto, de acordo com a qualidade de seus vínculos influenciarão diretamente nas escolhas do indivíduo.

Corroborando com estas afirmativas, Rigotto e Gomes (2002), num estudo sobre os contextos de abstinência e de recaída realizado em Caxias do Sul/RS, identificaram como fontes de apoio a família, os grupos de auto-ajuda, o convívio e troca de experiências com amigos recuperados, a religião e o acompanhamento psicológico; sendo que as pessoas de referência no ambiente familiar (pais, tios, esposas) foram identificadas como suporte positivo na reabilitação.

Kantorski, Lisboa e Souza (2005) também afirmam que a assistência aos usuários de drogas deve incluir intervenção sistemática com as famílias e a mobilização de diferentes recursos da sociedade no intuito de identificar situações problema/críticas/de risco e no interior do contexto sóciofamiliar destes indivíduos construir estratégias de enfrentamento.

Pesquisadores da área no âmbito nacional e internacional⁷ têm-se voltado, direta ou indiretamente, para a questão da intervenção, com a finalidade de criar e/ou aprimorar as “ferramentas” disponíveis no processo de trabalho em saúde mental, que é imbuído da complexidade típica da área da saúde - que tem como objeto de ação direta o ser humano em todas suas dimensões: física,

⁷Copello, Williamson, Orford, Day, 2006; May, West, Hajek, McEwenn, McRobbie, 2006; Scroeder, Latkin, Hoover, Curry et al, 2001; Ellis, Bernichon, Yu, Roberts, Herrel, 2004; Souza, Kantorski, Mielke, 2006; Tracy, Martin, 2007; Dalgard, Håheim, 1998; Pechansky, 1994; Laranjeira, Romano, 2004; Minayo, Deslandes, 1998; Galduróz, Noto, Nappo, Carlini, 2005; Souza, Kantorski, Gonçalves, Mielke, Guadalupe, 2007; Schenker, Minayo, 2004; Scivoletto, 2001; Rigotto, Gomes, 2002; Pilon, Luis, Laranjeira, 2003 dentre outros.

biológica, psicológica e social.

Portanto, o objeto deste estudo consiste nas intervenções previstas em documentos e executadas na prática a partir de um Centro de Atenção Psicossocial articulado a uma rede de serviços de saúde mental, direcionadas aos usuários sob tratamento pelo uso abusivo de substâncias psicoativas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Conhecer as intervenções previstas pelos documentos que embasam as práticas de um serviço de saúde mental e àquelas realizadas pelos trabalhadores direcionadas aos indivíduos sob tratamento pelo uso abusivo de substâncias psicoativas.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as ações previstas pelos documentos que embasam as práticas do serviço, dirigidas aos usuários em acompanhamento pelo uso abusivo de substâncias psicoativas
- Averiguar as intervenções comunitárias exercidas pelo serviço e sua coerência ou não com as proposições previstas nos documentos do serviço e com o referencial teórico adotado neste estudo

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Congil, Iruretagoiena, Mediola, Simón et al (2004) descrevem o referencial teórico como um conjunto de pressupostos que servem como modelo de interpretação e como uma forma diferenciada e concreta de ver, analisar, interpretar e posicionar-se sobre valores, atitudes e os fenômenos existentes na atual sociedade.

Sanchez (2005 p.13), por sua vez, destaca a importância do referencial teórico na iluminação dos modelos interpretativos, das diferentes maneiras de significar e atuar frente ao fenômeno do abuso de drogas e entender as relações e fatos sociais em geral, as posições, valores e ideologias, ou seja, o referencial teórico constitui-se no parâmetro da análise, orientando o questionamento dos dados sobre o fenômeno: “o fato de assumir um ou outro modelo, ou certa conjunção de modelos tem conseqüências práticas fundamentais, porque será a partir daí que se determinarão as formas de intervenção aceitáveis”

Assim, foram definidos como parâmetros para este estudo os principais aspectos da **Política Nacional sobre Drogas** (Brasil, 2006a), da **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral dos Usuários de álcool e drogas** (Brasil, 2004a) e das **preconizações da Organização Mundial da Saúde com relação à prevenção e controle do uso abusivo de drogas** (Gossop e Grant, 1990).

Entende-se que o conjunto das concepções propostas por estes documentos contempla conceitos essenciais para a compreensão teórica que há de subsidiar o processo de análise dos dados selecionados para o presente estudo.

3.1 A Política Nacional sobre Drogas

A Política Nacional sobre Drogas baseia-se em cinco eixos : 1) prevenção; 2) tratamento, recuperação e reinserção social; 3) redução dos danos sociais e à saúde; 4) redução da oferta; 5) estudos, pesquisas e avaliações.

Com relação à prevenção adota-se a filosofia da “Responsabilidade Compartilhada” (parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira), pautada na construção de “redes sociais que visem a melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde”; destacando que as intervenções devem basear-se em princípios éticos, na promoção de valores relacionados à saúde física e mental, no bem-estar individual e coletivo, considerando a pluralidade cultural e a integração socioeconômica; valorizando os diferentes modelos e relações familiares. O planejamento de tais intervenções deve ter como referencial o desenvolvimento humano, a educação para uma vida saudável, o acesso aos bens culturais (esporte, lazer), o conhecimento sobre as drogas, a participação dos jovens, famílias, escolas

e sociedade, as especificidades culturais, a vulnerabilidade, o gênero, raça e etnia do público-alvo (BRASIL, 2006a).

O âmbito da redução da oferta, abrange questões relacionadas à segurança das pessoas no tocante à violência e crimes decorrentes do tráfico ilícito de drogas, como: ações repressivas sobre as organizações criminosas, erradicação das drogas produzidas no país, bloqueio das drogas vindas do exterior (BRASIL, 2006a).

Quanto aos crimes, delitos e infrações, a postura adotada nesta política refere-se à prevenção e coibição através de políticas públicas para “melhoria da qualidade de vida do cidadão”.

A Política Nacional sobre Drogas preconiza também, uma diferenciação entre o usuário de drogas, o indivíduo que faz uso indevido, o dependente e o traficante e orienta que estes sejam tratados diferentemente. O pressuposto seguinte, por sua vez, estabelece que as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas e ilícitas devem ser tratadas de forma igualitária e sem discriminação.

Depreende-se que quando falam de um tratamento diferente aos tipos diversos de relações dos indivíduos com as drogas, certamente referem-se às intervenções e abordagens que devem ser diferenciadas e específicas a cada caso. No entanto, é complexa a exigência de tratamento igualitário dentro de uma política que, ao mesmo tempo, se pauta na repressão, criminalização do uso de determinadas drogas e que, além disso, faz um chamamento à sociedade no sentido de auxiliar na consolidação das ações repressivas. Estes aspectos da política delineiam um caráter de julgamento moral quanto à opção pelo uso de drogas ditas “ilícitas”, induzindo a uma associação direta entre o uso destas drogas específicas e atividades criminais/periculosidade, inviabilizando que os indivíduos com problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas sejam tratados de forma igualitária, sem preconceitos ou discriminação.

Para uma política que pretende adotar estratégias de redução de danos, os pressupostos e diretrizes baseados em abordagens repressivas, de erradicação das drogas “ilícitas” e discriminação com relação aos diferentes tipos de usuários de drogas associada à preconização de tratamento diferenciado a eles, conforme adotado pela Política Nacional sobre Drogas, não é congruente. De fato, os pressupostos relacionados à redução de danos não deixam claro a concepção adotada com relação a esta abordagem, lacuna que fica evidente, principalmente através do 6º pressuposto⁸: “não confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção” (BRASIL, 2006a, [on-line]).

Observa-se que o norte da atual Política Nacional sobre Drogas consiste na redução da demanda, redução da oferta e redução de danos. Porém é questionável a possibilidade de associação entre estas três bases, tendo em vista que a redução da demanda e redução da oferta se pautam

⁸(ver sobre o modelo de redução de danos na pág.26)

principalmente em abordagens repressivas enquanto as estratégias na perspectiva de redução de danos se pautam na liberdade de escolha do indivíduo e no não-julgamento moral do mesmo.

Cabe acrescentar que, mesmo considerando que a corrupção e a lavagem de dinheiro devam ser os alvos principais no combate ao crime organizado (ou seja, concebendo que a dimensão da organização criminal relacionada às drogas abarca pessoas de alto escalão), culpabiliza-se, na concepção desta Política Nacional, o usuário de drogas pelos crimes relacionados ao tráfico, de forma que as pessoas da alta liderança acabam adquirindo certa invisibilidade no tocante aos pressupostos desta política: “buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros” (BRASIL, 2006a, [on-line])

Ainda nos pressupostos, propõe-se a intensificação da cooperação internacional com relação às resoluções dos problemas relacionados às drogas e que os programas, projetos e ações de prevenção, tratamento, reinserção psicossocial, redução da demanda, oferta e danos sejam fundamentados em resultados científicos de pesquisas e experimentos (BRASIL, 2006a).

Preconiza-se a existência de conselhos de caráter articulador, normativo, deliberativo e consultivo para implementação do Sistema Nacional Antidrogas a fim de assegurar a composição paritária entre a sociedade civil e o governo. Além disso, propõe-se um acompanhamento e avaliação sistemática dos diferentes tratamentos e modelos de iniciativas terapêuticas em suas diversas fundamentações a fim de averiguar quais proporcionam resultados favoráveis (BRASIL, 2006a).

Com relação às intervenções, a Política Nacional sobre Drogas reconhece a necessidade do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, da capacitação continuada das diferentes lideranças (comunitárias, formais, informais, administrativas etc.) sendo que o foco deve ser no indivíduo e seu contexto sociocultural buscando desestimular o uso das drogas, incentivar a diminuição do consumo, diminuir os riscos e danos através da ampliação, articulação e fortalecimento das redes sociais.

É previsto apoio técnico e financeiro descentralizado para o tratamento, recuperação e reinserção social dos indivíduos com problemas pelo uso abusivo de drogas, além da garantia de diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacionais qualificados e fundamentados cientificamente (BRASIL, 2006a).

Considera-se que ações voltadas para a reinserção social e ocupacional são capazes de romper com o ciclo consumo/tratamento, orienta-se, portanto a efetivação de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não-governamentais em prol de promover tais ações (BRASIL, 2006a).

Ainda quanto às intervenções, prevê a integração das ações numa rede operativa com a finalidade de ampliação da abrangência e eficácia destas:

Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL, 2006a, [on-line])

Tendo em vista a necessidade de subsídios teóricos para o planejamento e avaliação das intervenções, estabelece-se a criação de um banco de dados com informações científicas. Dessa forma, o OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas consiste numa instância responsável por pesquisas, armazenamento de dados e desenvolvimento de programas e intervenções voltados para a redução da demanda, redução de danos e redução da oferta de drogas (BRASIL, 2006a).

Quanto aos estudos, pesquisas e avaliações, a política enfatiza a necessidade de estímulo e fomento à realização de pesquisas, estudos e avaliações permanentes a fim de aprofundar o conhecimento sobre drogas, a extensão do consumo, sua evolução, prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, reabilitação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, observando os preceitos éticos:

Incentivar e fomentar a realização de pesquisas básicas, epidemiológicas, qualitativas e inovações tecnológicas sobre os determinantes e condicionantes de riscos e danos, o conhecimento sobre as drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, redução de danos, reabilitação, reinserção social e ocupacional, desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais, disseminando amplamente seus resultados (BRASIL, 2006a, [on line])

(Ver a Estruturação nacional dos órgãos relacionados às políticas públicas sobre as drogas na figura 1 a seguir)

Figura 1 – Estruturação nacional dos órgãos relacionados às políticas públicas sobre as drogas
Adaptado da Lei 10683 de 28/05/2003, Lei 10409 de 11/01/2002 e de Carlini, Galduróz et al, 2002.

3.2 A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas

A política adotada pelo Ministério da Saúde brasileiro no âmbito da problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas, é baseada na atenção aos direitos de cada cidadão entendendo que esta lógica deve permear todo o planejamento das ações dos envolvidos na Atenção Integral aos usuários de álcool ou outras drogas (BRASIL, 2004a).

A constituição da política é permeada pela lógica de Redução de Danos ampliada, que concebe que a abstinência não é a única meta da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, e sim que as diferentes demandas exigem diferentes objetivos e conseqüentemente diferentes abordagens de intervenção (prevenção, reabilitação, educação e promoção da saúde); portanto, tal política pública não está estritamente voltada para a diminuição do consumo, mas também para a redução dos agravos oriundos do uso abusivo destas substâncias (BRASIL, 2004a).

Preconiza-se uma rede de assistência formada por serviços sociais e serviços de saúde extra-hospitalares articulada à rede de saúde mental com foco na atenção comunitária, ou seja, orientada pelos conceitos de território e rede, e que observe os princípios estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica, adotando a busca ativa e o acolhimento como forma de captação da demanda local (BRASIL, 2004a).

O referencial de Redução de Danos deve ser adotado como estratégia clínica e política voltada para defesa da vida, isto é, os profissionais devem adotar uma postura de co-responsabilidade pelos caminhos a serem construídos na vida do usuário e as muitas vidas vinculadas a ele (BRASIL, 2004a). A meta, portanto, não é alcançar a **autonomia** do sujeito e sim aumentar seu **poder de contratualidade** entendido como liberdade e autonomia do sujeito associadas à co-responsabilidade dos serviços.

As equipes de saúde devem ser abertas, flexíveis e articuladas com outros serviços (educação, trabalho, promoção social) e o local de ação deve ser o território, os lugares onde o indivíduo circula (BRASIL, 2004a).

A Política também prevê a ampliação da cobertura e espectro das ações de assistência voltadas aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares através de:

- Atendimento em todos os níveis de atenção;
- Atendimento preferencialmente em Centros de Atenção Psicossocial álcool e drogas;
- Ações inseridas nos Programas de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários, Programas de Redução de Danos e rede básica;
- Aperfeiçoamento da assistência nos serviços de emergência/urgência, hospitais

psiquiátricos, hospital geral (para os casos de intoxicação, abstinência grave e outros);

- Capacitação das equipes (Programa Permanente de Capacitação de Recursos Humanos para os Serviços de Atenção aos Usuários de Drogas na Rede do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde);
- Mudanças curriculares na formação dos profissionais da saúde;
- Ações de prevenção em escolas, empresas, sindicatos e outros.

As Diretrizes para a Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas estão em consonância com os princípios da Política de Saúde Mental. Portanto, o instrumento normativo máximo é a Lei 10216/2001 (Brasil, 2001) que, por sua vez, está em conformidade com os pressupostos e propostas da Organização Mundial da Saúde.

A legislação básica que embasa estas diretrizes é:

- **Portaria GM 336/2002** (Brasil, 2002a): estabelece normas e diretrizes para a organização dos serviços
- **Portaria SAS 189/2002** (2002c): regulamenta a Lei 336 e “cria” o Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas no SUS (Sistema Único de Saúde)
- **Portaria GM 816/2002** (2002b): institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de álcool e outras drogas

As diretrizes, portanto, são:

INTERSETORIALIDADE (saúde, justiça, educação, social e desenvolvimento):

Prevê articulações com a sociedade civil, sindicatos, associações e organizações comunitárias, universidades em prol da defesa e promoção de direitos e de controle social através da integralidade das ações.

ATENÇÃO INTEGRAL (ações focadas no usuário, ações estruturais, legislativas, participação comunitária, descentralização com a definição de papéis de cada nível – municipal, estadual e federal)

A atenção integral à saúde é uma forma de conceber o indivíduo em sua rede social, bem como é uma forma de intervir. Caracteriza-se pelo conjunto das ações em saúde e ações socioculturais que são planejadas a partir de uma visão integrada das várias dimensões da vida do indivíduo: educativa, assistencial e de reabilitação. Coloca-se ênfase na maneira como os indivíduos, coletivos e instituições relacionam-se com a saúde e os laços sociais que estabelecem, pois estes aspectos estão implicados na melhoria da qualidade de vida dos usuários da rede de saúde. Visa-se com esta concepção o adequado acolhimento e reinserção social dos usuários de drogas, bem como a garantia de seus direitos num projeto de inclusão cidadã (CECCIM, MAYER, MEYER, BELLOC, 2002, p.106).

PREVENÇÃO

Planejamento, implantação e implementação de estratégias múltiplas visando à redução **dos fatores de risco** e vulnerabilidade e fortalecimento dos **fatores de proteção** tendo a perspectiva do Redução de Danos como estratégia de planejamento das propostas contemplando:

- Redução da iniciação no consumo ou
- Redução da frequência e intensidade do uso ou
- Redução das consequências do uso abusivo.

Além disso, as ações preventivas devem facilitar a promoção da atenção global aos indivíduos através da melhoria da acessibilidade à rede de serviços e rede de suporte social do território, facilitar a inserção e integração comunitárias e auxiliar na melhoria da qualidade de vida.

PROMOÇÃO E PROTEÇÃO À SAÚDE

Consiste no desenvolvimento e fortalecimento dos fatores de proteção individuais e coletivos visando à maximização da saúde, também tendo como referencial das ações a estratégia de Redução de Danos, utilizando-se da comunicação, materiais educativos, ações entre pares e incentivando os indivíduos à participação na formulação das políticas públicas (BRASIL, 2003).

3.3 Prevenção e Controle do uso abusivo de drogas previstos pela Organização Mundial da Saúde

Segundo Gossop e Grant (1990) os objetivos da prevenção resumem-se em:

- Evitar o uso abusivo das drogas
- Evitar a exposição aos danos
- Evitar que o uso abusivo provoque maus sociais

Ou, quando a abstinência não é uma meta desejada:

1. Controlar as modalidades de uso associadas com complicações
2. Controlar as consequências negativas (por ex. impedir que o indivíduo dirija alcoolizado).

Segundo estes autores há dois modelos de prevenção na saúde pública:

MODELO MÉDICO	MODELO PSICOSSOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> • Considera diferentes destinatários da intervenção: o agente, o hóspede e o meio <ul style="list-style-type: none"> ▪ Foco na etiologia e patogênese da enfermidade 	Considera: <ol style="list-style-type: none"> 1. A influência dos fatores psicológicos individuais 2. Influência dos fatores ambientais, sociais e culturais

Tabela 2 – Modelos de prevenção na saúde pública
Adaptado de Gossop, Grant (1990)

Dentre os fatores ambientais, sociais e culturais estão o comportamento dos usuários, a distribuição do uso e diferenças relacionadas à aceitação das drogas lícitas e ilícitas, as fontes de abastecimento, a disponibilidade, custo e acessibilidade, a importância econômica e “o papel que o uso habitual desempenha como solução normal dos problemas coletivos e a função social que cumprem” (GOSSOP E GRANT, 1990, p.41). Além disso, os autores chamam a atenção ao fato que, no modelo psicossocial o “hóspede”, ao contrário do modelo médico, é considerado como tendo papel ativo na determinação de suas ações.

Analisando a atenção no âmbito teórico, as estratégias são divididas nos níveis: primário, secundário e terciário.

NÍVEL	PREVENÇÃO PRIMÁRIA	PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	PREVENÇÃO TERCIÁRIA
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o surgimento de problemas • Reduzir a incidência 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduzir a prevalência do problema na comunidade • Diminuir a duração do problema • Reduzir danos individuais e sociais 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter um melhor nível de rendimento e reabilitação individual (depende de uma intervenção adequada no nível secundário)
Modos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Eliminação dos agentes patógenos ✓ Modificação das condições ambientais propícias ✓ Fortalecimento da resistência do "hóspede" 	<ul style="list-style-type: none"> • Detecção precoce • Métodos de tratamento rápidos e eficazes <p><i>Programas de intervenções sensíveis às mudanças, adaptáveis e flexíveis com relação às necessidades locais⁹</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Manutenção de uma boa comunicação social, serviços de apoio, organização de programas de acompanhamento eficazes b) Evitar efeitos negativos da internação em instituições (estigmatização e outros prejuízos) c) Organização de serviços de reinserção, reabilitação para o trabalho e programas diversos de base comunitário
Quanto ao uso abusivo de drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o aparecimento de novos casos de abuso de drogas • Reduzir o consumo através de atividades de promoção da saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Detecção e tratamento precoce dos casos (antes que apareçam complicações graves e/ou incapacidade) 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar o aumento da incapacidade • Reinserir o indivíduo à sociedade
Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escuta, comunicação, aconselhamento psicológico ▪ Divulgação de informações ▪ Fortalecimento de atitudes saudáveis ▪ Oferta de alternativas esportivas/culturais ▪ Sensibilização de lideranças naturais para atuarem como multiplicadores do processo de prevenção 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação • Desintoxicação • Intervenções especializadas¹⁰ • Acompanhamento e assistência posterior ("pós-alta") • Sensibilização das pessoas com relação aos riscos, atitudes e escolhas mais responsáveis 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico e tratamento de casos agudos • Referencia e contra-referencia • Unidade especializada no hospital • Identificação e atenção aos casos emergenciais (síndrome de abstinência, overdose, tentativas de suicídio) • Orientação familiar • Auxílio na reabilitação social dos usuários

Tabela 3 – Níveis de prevenção e respectivas estratégias de intervenção
Adaptado a partir de Gossop, Grant (1990); Noto, Galduroz (1999) e Grant, Hodgson (1992).

⁹ Exige investigações e observações acuradas e uma estreita vinculação com a comunidade

¹⁰ Identificar e acionar as fontes de apoio social; desenvolver a confiança e a capacidade de mudança; esclarecer as razões para mudança; ações alternativas ao uso de drogas (atividades de lazer, esporte, amigos, trabalho); prevenção das recaídas

Gossop e Grant (1990) afirmam que, em certas situações, o tratamento ocorre nos três níveis de prevenção, não sendo possível, portanto, estabelecer uma divisão estrita entre prevenção e tratamento. Ademais ressaltam que estes três níveis, no âmbito prático, estão interconectados e a medida adotada em um dos níveis afetará os demais.

Além destas razões apresentadas pelo próprio autor, cabe ressaltar que esta proposta de divisão das estratégias de intervenção nestes três níveis pertence, mais especificamente, ao modelo da psiquiatria preventiva de Caplan (1980), que como descrita por Vasconcelos (2004) é ajustadora, psicologizante ao passo que se caracteriza como “totalizadora” de todas as esferas da vida social e abrangente para toda a sociedade e grupos etários – reprodução da inspiração higienista repercutindo em fortes implicações políticas e assistenciais.

O foco da psiquiatria preventiva no modelo biomédico, portanto, contém limitações teóricas para a fundamentação da análise dos dados no presente estudo; uma destas limitações consiste no entrecruzamento das intervenções nos diferentes níveis, ou seja, a mesma ação de saúde (por exemplo o atendimento individual de enfermagem) pode constituir-se numa prática de promoção da saúde, de proteção específica ou redução de posteriores complicações e/ou seqüelas. Entende-se então que, a divisão em níveis de prevenção neutraliza o caráter dinâmico das intervenções, segmentando-as, subsumindo a complexidade dos determinantes socioculturais das demandas além de não permitir enquadrar em tal divisão, as práticas intersetoriais que contemplam recursos comunitários, políticos, administrativos, jurídico-legais dos diferentes setores sociais (ONGs, gestores, conselhos, associações, movimentos sociais, Ministério Público etc.).

Logo, com base nestas justificas, tal divisão em níveis de atenção oriunda do modelo da psiquiatria preventiva não será adotada no presente estudo que se caracteriza, sobretudo por parâmetros da saúde mental que estão pautados num novo modelo de saúde, que considera a participação social, as práticas comunitárias e as ações integrais e intersetoriais como preconizações básicas com relação às intervenções em saúde que objetivam atender um dos princípios norteadores de toda a organização dos dispositivos de saúde pública em nosso país: a universalidade.

Com relação à efetividade dos programas de prevenção, segundo Gossop e Grant (1990), é necessário dirigi-los a um público específico considerando, sobretudo, as variáveis sócio demográficas (sexo, idade, nível socioeconômico, ocupação, crenças religiosas, local de moradia, grupo racial e cultural).

Sobre os métodos de prevenção, Gossop e Grant (1990) distinguem, basicamente dois: *métodos diretos* (ações centradas na conduta do usuário de drogas) e *métodos indiretos* (práticas direcionadas aos fatores relacionados com o uso das drogas visando à correção das condições “determinantes” do uso para diminuir o consumo e seus respectivos problemas).

São exemplos dos métodos indiretos (GOSSOP E GRANT, 1990):

- ✓ **Método da Saúde Mental:** o abuso de drogas é considerado uma consequência do estresse psicológico. As ações são voltadas para eliminação das fontes de tensão emocional através da detecção e assistência precoce e programas educacionais e de adestramento (reforço da autoconfiança, comunicação social do indivíduo, relações familiares etc.)
- ✓ **Estratégia de Promoção da Saúde:** considera-se que a melhoria da percepção do indivíduo sobre a saúde pode incentivar o abandono e a não adoção de práticas nocivas. As ações são centradas em hábitos e modos de vida e responsabilidade individual (alimentação, trabalho, exercício, ócio).
- ✓ **Método do ambiente social:** considera que as condições sociais são determinantes ou favorecem o uso abusivo de drogas; as ações, portanto, pretendem eliminar ou corrigir as influências sociais negativas. “Os programas deste tipo atacam problemas tais como a pobreza, a vida inadequada, o desemprego, a falta de oportunidade de acesso a atividades produtivas, as atividades de lazer perigosas, a alienação social e a marginalização” (GOSSOP E GRANT, 1990, p.49).

Enfim, pontua-se que esta divisão proposta pelos autores (método direto e método indireto e suas especificidades – saúde mental, promoção da saúde e ambiente social), são mais coerentes com a realidade cotidiana das práticas dos serviços, destarte será usada na organização dos dados para a análise.

Assim, a partir do esclarecimento dos principais aspectos contidos nas duas políticas (Nacional e do Ministério da Saúde) e nas preconizações da OMS com relação à prevenção e controle do uso abusivo de drogas, propõe-se a seguir, a descrição dos métodos e técnicas utilizadas na realização do presente estudo.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

A proposta deste estudo é de uma pesquisa qualitativa. Os métodos qualitativos visam entender o detalhe das relações; para Patton (2002) o próprio pesquisador é o instrumento neste método e, embora os dados qualitativos não possibilitem resultados generalizáveis, eles fornecem informações ricas e detalhadas sobre um pequeno número de pessoas e casos, permitindo um entendimento do mundo de acordo com o ponto de vista dos respondentes; provêm profundidade, detalhe e sentido individual.

Assim, os dados qualitativos estruturarão um estudo sobre as intervenções aos usuários dependentes de substâncias psicoativas desenvolvidas por um serviço de saúde mental num município do oeste do estado do Rio Grande do Sul.

4.2 Local do estudo

A avaliação qualitativa do projeto CAPSUL está inserida em uma proposta avaliativa mais ampla dos CAPS I e II da região sul – Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná.

Critérios de seleção dos CAPS para avaliação:

- Escolha intencional:

- a partir dos dados obtidos no estudo quantitativo da estrutura e do processo e sua adequação a normatização definida na Portaria nº 336/2002 (Brasil, 2002a);
- tempo de funcionamento do serviço e experiência, que permite aos grupos de interesse condições para realizar um processo avaliativo nos moldes propostos;
- disponibilidade dos grupos de interesse em aderir à proposta de avaliação construtivista responsiva;

Da amostra quantitativa da pesquisa CAPSUL – 30 municípios com base nos quais foi realizado o estudo epidemiológico - foram selecionados 2 municípios: Alegrete/RS e Joinville/SC para realização da etapa qualitativa da pesquisa; estes municípios se destacaram com relação ao cumprimento das diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Posteriormente, devido à necessidade de ampliação dos estudos de casos foram incluídos mais 3 municípios: São Lourenço do Sul/RS, Porto Alegre/RS e Foz do Iguaçu/PR.

Assim, o presente estudo, como subprojeto, concentrar-se-á num serviço de saúde mental do município de Alegrete/RS. O conjunto de critérios que definiu o destaque deste serviço dentre os

demais foi:

- Funcionar inserido numa rede de serviços de saúde mental, a saber: Serviço de Saúde Mental, Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral, Centro de Atenção Psicossocial Infantil, Residência Terapêutica, além dos outros serviços que não específicos da saúde mental mais que atuam articuladamente, como serviço de assistência social, pronto-socorro, farmácia municipal, asilos, Centro de Especialidades e Unidade Básica de Saúde.
- Trabalhar com os princípios de territorialização e integralidade
- Ter estrutura física e equipe técnica própria
- Funcionar em período integral
- Oferecer refeição
- Organizar a demanda e a rede de cuidados em saúde mental
- Oferecer atendimentos individuais, grupais, familiar, oficinas, visitas domiciliares e atividades comunitárias para reinserção social
- Coordenar as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no território
- Contar com uma gestão da rede mais horizontalizada
- Funcionar há 17 anos

Foi realizado um contato prévio com o campo para avaliar a possibilidade da realização do estudo quando foram apresentados os objetivos, métodos e justificativa do mesmo. O município está em fase de implementação de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas, porém até que este se efetive, os usuários continuam sendo atendidos através do serviço de saúde mental de Alegrete (SAIS-Mental), ou seja, o CAPS II do município, no qual foi realizada a coleta dos dados.

4.3 Princípios éticos

O presente projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas¹¹. Foram observados os aspectos éticos sobre a pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil, 1996)¹² que compreende, dentre outras exigências, o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos do estudo¹³, o tratamento dos mesmos com dignidade e respeito às suas vulnerabilidades; para tanto é previsto que, segundo afirmações de Gelain (1998), a pesquisa esteja envolvida com transformações para a sociedade ou de um grupo

¹¹Ofício no. 074/05 data:11/11/2005. Ver anexo A

¹²Sobre pesquisa envolvendo seres humanos

¹³ Ver Anexo C

social, objetivando o bem-estar do ser humano, sua vida e seu ambiente.

Não obstante, foram também observados criteriosamente os deveres e responsabilidades previstos pelo Art89, Art90, Art91, Art92 e Art.93 do Capítulo III do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (aprovado pela Resolução COFEN 311/2007)¹⁴, garantindo o respeito à integridade da pessoa, o respeito aos princípios de fidedignidade e honestidade, divulgação dos resultados e defesa dos princípios éticos e legais da profissão do enfermeiro.

Visando, portanto evitar a exposição dos sujeitos partícipes do estudo, foi utilizada a seguinte forma de identificação:

- Profissionais da equipe: foi utilizada a respectiva profissão seguida de um número (quando houve a necessidade de diferenciar os sujeitos que possuem a mesma profissão), sendo que, de acordo com o gênero, o substantivo que identifica a profissão está no masculino ou feminino (por exemplo: psicóloga 1; oficineiro 1);
- Sujeitos que são atendidos no serviço de saúde mental: foi utilizada a denominação usuário, também seguido de um número para diferenciá-los. Quanto ao gênero, utilizou-se do mesmo critério dos profissionais, ou seja, a diferenciação no próprio substantivo (por exemplo: usuário 3; usuária 1).

4.4 Seleção e análise dos dados

A atual sociedade, baseada na informação e no conhecimento, impõe uma constante dinâmica entre a teoria e a prática. Os avanços da comunicação têm ocasionado um distúrbio nos métodos utilizados para processar e recuperar informações de modo que novas tecnologias têm se estabelecido para, cada vez mais, difundir o conhecimento. Por conseguinte, a informação não convertida em “motor da ação”, passou a ter pouco valor (IGLESIAS e GÓMEZ, 2004).

Desta asserção advém a importância da escolha criteriosa dos métodos e técnicas de análise a serem utilizadas nas pesquisas buscando uma coerência com relação ao objeto de estudo a fim de obter informações que possam ser úteis na reformulação das ações demandadas pelas transformações prementes na atual sociedade.

Raimundo (2006) afirma que os procedimentos analíticos devem ser escolhidos de acordo com os objetivos do pesquisador ou do operador e sua operação consiste na transformação de um

¹⁴ CAPÍTULO III: DO ENSINO, DA PESQUISA E DA PRODUÇÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA – Responsabilidade e deveres: Art. 89 – Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação. Art. 90 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa. Art. 91 - Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Art. 92 - Disponibilizar os resultados de pesquisa à comunidade científica e sociedade em geral. Art. 93 - Promover a defesa e o respeito aos princípios éticos e legais da profissão no ensino, na pesquisa e produções técnico-científicas. (COFEN, 2007).

discurso em outro através da interpretação do discurso original ou através da “tradução” para uma linguagem distinta e específica.

Por sua vez, Mercado-Martinez (2004) ressalta a importância de descrições detalhadas do processo de análise com uma delimitação clara e coerência entre os conceitos empregados. Ressalta que os atores, o contexto envolvido, a produção científica existente a respeito, objeto de estudo e suas questões são fatores que direcionam para um determinado método ou técnica de análise; no entanto, afirma que o uso de determinada postura teórica não leva necessariamente ao emprego de determinado método ou procedimento de análise.

Assim, propõe-se neste item, a descrição minuciosa dos procedimentos utilizados para o processo de coleta e análise dos dados, ou seja, detalhamento das técnicas qualitativas utilizadas, do trabalho de campo, da organização dos dados, da interpretação e apresentação dos resultados.

4.4.1 Seleção e análise dos documentos

Os documentos são registros escritos que proporcionam informações em prol da compreensão dos fatos e relações, ou seja, possibilitam conhecer o período histórico e social das ações e reconstruir os fatos e seus antecedentes pois se constituem em manifestações registradas de aspectos da vida social de determinado grupo (OLIVEIRA, 2007).

De acordo com Laville e Dione (1999, p.166) documento é toda a fonte de informações já existentes:

Entre as fontes impressas, distinguem-se vários tipos de documentos, desde as *publicações de organismos* que definem orientações, enunciam políticas, expõem projetos, prestam conta de realizações, até *documentos pessoais*, diários íntimos, correspondência e outros escritos em que as pessoas contam suas experiências, descrevem suas emoções, expressam a percepção que têm de si.

O conjunto de documentos utilizados neste estudo, foi resultante de uma seleção feita a partir de todos os documentos escritos referentes ao sistema de saúde mental de Alegrete existentes no serviço e acessados para a realização da pesquisa CAPSUL: Relatório Anual de Metas do Serviço Residencial Terapêutico 2006; Planejamento CAPS 2006; Planejamento Plurianual do Sistema de Saúde Mental; Plano Plurianual do CAPS; Plano Plurianual do Serviço Residencial Terapêutico; Plano Plurianual 2006-2009 das Residências Assistidas; Plano Plurianual - Projeto do Serviço de Saúde Mental; Projeto-lei do Sistema de Saúde Mental 2005; Projeto Técnico do Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete 2005; Projeto Técnico do Centro de Atenção Psicossocial Rita Barragana Vaucher – CAPSi 2005; Projeto de Capacitação 2005; Projeto Técnico do CAPS AD 2005; Avaliação 2005 e Planejamento 2006 do CAPSi e Documento Base para uma Política de Atenção Psicossocial ao álcool e outras drogas no Município de Alegrete 2006.

Assim, todos os documentos que faziam referência às ações de saúde mental ofertadas, previstas ou instituídas como meta e que contemplavam o atendimento ao usuário sob tratamento pelo uso de substâncias psicoativas, foram selecionados - Planejamento CAPS 2006; Plano Plurianual - Projeto do Serviço de Saúde Mental; Projeto Técnico do Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete 2005; Projeto Técnico do CAPS AD 2005 e Documento Base para uma Política de Atenção Psicossocial ao álcool e outras drogas no Município de Alegrete 2006 – e submetidos à análise documental.

Para Richardson e colaboradores (1999) a análise documental consiste numa série de operações visando o estudo e análise de um ou vários documentos a fim de descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionados.

Segundo Moreira (2005) a análise documental consiste em identificar, verificar e apreciar os documentos com uma finalidade específica. Opina que a pesquisa deve ter uma fonte paralela e simultânea de informação para complementar os dados e permitir a contextualização das informações contidas nos documentos. Ressalta a importância de assinalar as fontes no intuito de garantir a confiabilidade dos dados; afirma que a análise documental deve extrair um reflexo objetivo da fonte original, permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento além da contextualização dos fatos em determinados momentos.

Oliveira (2007) destaca que algumas vantagens do método de análise documental consistem no baixo custo e na estabilidade das informações (por serem “fontes fixas” de dados e pelo fato de ser uma técnica que não altera o ambiente ou os sujeitos). Quanto às limitações destaca a falta da vivência do fenômeno para melhor representá-lo, a falta de objetividade e a validade questionável – que consiste numa crítica da corrente positivista (por se tratar de um método qualitativo).

Para Iglesias e Gómez (2004) a análise documental consiste num conjunto de operações intelectuais visando a descrição e representação dos documentos de uma forma unificada e sistemática para facilitar sua recuperação. Para estes autores, o tratamento documental tem por objetivo descrever e representar o conteúdo dos documentos de uma forma distinta da original visando garantir a recuperação da informação nele contida e possibilitar seu intercâmbio, difusão e uso.

Bardin (1997, p.45-46) define a análise documental como o tratamento do conteúdo de forma a apresentá-lo de maneira diferente da original facilitando sua consulta e referência:

Enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados, a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação [...] A análise documental é, portanto, uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados.

AUTORES	CONCEITO DE ANÁLISE DOCUMENTAL
Pimentel (2001)	Estudos cuja base são, primordialmente, documentos que são organizados e interpretados de acordo com os objetivos da investigação.
Raimundo (2006)	Pesquisa cuja base de investigação são as fontes escritas; tem relação com a investigação histórica por permitir a reconstrução crítica dos dados passados e a compreensão de seus antecedentes proporcionando bases para perspectivas futuras.
Richardson e cols. (1999)	Consiste numa série de operações para o estudo e a análise de um ou vários documentos visando descobrir as circunstâncias sócio-econômicas com as quais podem estar relacionados.
Moreira (2005)	Consiste na identificação, verificação e apreciação dos documentos com uma determinada finalidade, extraindo um reflexo objetivo da fonte original visando permitir a localização, identificação, organização e avaliação das informações contidas no documento e a contextualização dos fatos.
Oliveira (2007)	Consiste num processo de transformação dos dados com o objetivo de armazenar as informações de uma maneira que facilite o acesso e o tratamentos de tais informações visando uma representação condensada da mensagem e as relações que elas têm com as circunstâncias socioeconômicas e culturais.
Bardin (1997)	Consiste no tratamento do conteúdo do documento de forma a apresentá-lo de uma maneira diferente da original, facilitando sua consulta e referência; é considerada uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados.

Tabela 4 – A conceitualização da análise documental por diversos autores

Adaptado de Pimentel (2001), Raimundo (2006), Richardson e cols. (1999), Moreira (2005), Oliveira (2007) e Bardin (1997)

No presente estudo foram utilizadas as etapas propostas por Moreira (2005) para a realização da análise documental, a saber:

1. **Apuração e organização do material** (a partir de uma leitura utilizando critérios da análise de conteúdo)
2. **Análise crítica do documento** (caracterização, descrição e comentários, fichamento, levantamento de assuntos recorrentes, codificação, evidência do núcleo emergente, decodificação, interpretação e inferência)

A apuração e organização dos documentos foi desenvolvida através de leituras sucessivas e sistemáticas nas quais se buscou identificar as ações previstas pelos respectivos documentos. Os parágrafos do documento que descreviam alguma ação (realizada, preconizada ou instituída como meta) foram destacados. Foi realizada, então, uma releitura destes parágrafos destacados em cada documento. A partir de então, foi organizada uma planilha para cada documento, utilizando o programa Microsoft Excel, na qual foram transcritos os parágrafos correspondentes as ações apresentadas no documento, classificando-as quanto ao item ou sub item do documento ao qual eles pertenciam. Por exemplo:

SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL DE ALEGRETE	
PROJETO TÉCNICO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ALEGRETE 2005	
AÇÕES	
Introdução	"O Centro de Atenção Psicossocial conta com um ambulatório diário para atenção à população, com atendimento em dois turnos, 3 refeições diárias, oficinas, atendimento médico, psicoterápico, visitas domiciliares e trabalho com os familiares. "
Objetivos específicos	"Desenvolver ações junto à comunidade que sensibilizem para os cuidados que a população de adultos e idosos , necessitam para prevenir sofrimentos, quer sejam eles causados pela perda da auto-estima, pobreza, violência, maus-tratos e dependência às drogas"

Tabela 5 – Exemplo da planilha de organização dos dados documentais

As informações organizadas desta forma permitiram uma releitura dos dados possibilitando identificar as ações, uma a uma, e estas foram separadas e dispostas numa relação à parte.

A classificação dos dados proposta por Minayo (1992) consiste em ler os dados fazendo os questionamentos teoricamente elaborados com base no referencial teórico; prevê leitura e releitura exhaustiva dos textos identificando estruturas de relevância, idéias centrais e momentos-chave sobre o tema, confrontando o material recolhido com os pressupostos, hipóteses e categorias analíticas teoricamente construídas.

Com relação à classificação propriamente dita, Minayo (1992) faz uma analogia a cada critério de classificação como uma gaveta. Patton (2002) por sua vez, sugere a utilização de uma espécie de matriz para o cruzamento dos dados qualitativos com o intuito de proporcionar uma visualização distinta dos dados.

A fase seguinte, portanto, consistiu em uma análise das ações identificadas nos documentos para posterior disposição das mesmas numa tabela, espécie de matriz (adaptada a partir da sugestão de Patton, 2002), visando classificar as intervenções quanto ao método adotado (conforme a preconização de Gossop e Grant, 1990) e o documento correspondente, conforme apresentado a seguir:

Método-base	Método Direto	Método Indireto		
		Saúde Mental	Estratégia de Promoção da saúde	Ambiente Social
DOCUMENTO				

Tabela 6 – Modelo da tabela utilizada para classificação das intervenções

A disposição das ações nesta tabela foi feita concomitantemente à discussões entre as pesquisadoras. O objetivo principal desta etapa foi muito mais de uma organização de cunho didático

para facilitação do processo de análise do que uma classificação estrita de cada ação ao seu respectivo método; até mesmo porque, as ações têm um caráter dinâmico relacionado com o contexto, além disso, quando consideradas dentro do processo de trabalho em saúde, possuem características peculiares tanto relacionadas à proposta do serviço quanto com relação à concepção teórica-prática, criatividade e características pessoais dos autores da atividade interventiva. No entanto, o critério para inclusão das ações no **método direto** foi principalmente aquelas direcionadas a conduta do usuário, no **método indireto - saúde mental** foram incluídas as ações que visavam a redução de estresse ou que focavam as fontes de estresse; no **método indireto – estratégia de promoção da saúde** as ações que enfatizavam os hábitos de vida do indivíduo e, por fim, no **método indireto - ambiente social** as ações com foco no contexto social do indivíduo.

A segunda etapa: análise crítica do documento, foi feita a partir de nova leitura sistemática de cada documento buscando apreender suas características gerais, estrutura da edição, concepção teórica utilizada e aspectos-chaves (caracterização, levantamento de assuntos recorrentes, identificação de núcleos emergentes). Estas apreensões foram registradas na forma de apontamentos em folhas à parte (fichamento).

Cada documento foi codificado, a saber: Projeto Técnico do Centro de Atenção Psicossocial de Alegrete – DOC-1; Plano Plurianual – DOC-2; Planejamento 2006 – DOC-3, Documento Base para uma Política de Atenção Psicossocial ao Álcool e Outras Drogas no Município de Alegrete – DOC-4, Projeto Técnico do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas de Alegrete - Raízes - Serviço de Promoção à Vida Saudável – DOC-5.

A partir destes apontamentos foi organizada uma tabela com a apresentação de cada documento, com os seguintes itens: Título do documento, Autores, Local e data, Pontos a destacar e Bibliografia Básica.

DOC-3	
Título	Planejamento 2006
Autores	Serviço de saúde mental
Local e Data	Alegrete - 2005/2006
Conteúdo	Breve histórico sobre o serviço
	Levantamento de necessidades nas áreas de: acolhimento, fluxo, serviços oferecidos, capacitação, coordenação, desempenho profissional, recursos materiais, comunidade, formas de atenção e equipe.
	Estabelecimento de prioridades: equipe e usuários
Pontos a destacar	Faz referência à importância do acolhimento e da promoção de qualidade de vida
Bibliografia básica	N/C

Tabela 7 – Exemplo da tabela utilizada para apresentação de cada documento

Foi realizada então, uma análise crítica de cada documento que, juntamente com suas respectivas tabelas de apresentação deram origem ao capítulo: “Apresentação dos documentos”.

As ações focadas no contexto do indivíduo (consideradas neste estudo como intervenções comunitárias) foram separadas das demais e dispostas numa planilha à parte.

4.4.2 *Uso dos mapas conceituais*

Visando contextualizar o local em que foi desenvolvida a pesquisa, foi organizado um capítulo designado “**Caracterização do município e aspectos históricos referentes ao serviço de saúde mental de Alegrete/RS**”. Para a apresentação dos aspectos históricos, particularmente, foram utilizados os dados referentes ao sistema de saúde mental do município que constavam nos documentos selecionados para este estudo.

Conforme preconizado pelo método de análise documental, buscou-se transformar as informações contidas nestes documentos através da disposição destes conteúdos numa outra configuração. Portanto, a história do serviço foi estruturada num esquema na forma de um mapa conceitual.

Gava, Menezes, e Cury (2003) conceituam mapas conceituais como uma ferramenta meta cognitiva que permite que as informações se tornem mais acessíveis devido à sua natureza gráfica. Segundo estas autoras, constitui-se numa importante ferramenta para a expressão de um dado conhecimento, organização ou representação de informações ou seja, é uma forma alternativa de expressar idéias.

São utilizados como linguagem descritiva e comunicacional de conceitos e seus respectivos relacionamentos, uma vez que permitem representar graficamente conceitos estruturados num diagrama de modo a evidenciar os relacionamentos entre tais conceitos, isto é, representam conceitos e suas ligações na forma de um mapa - nós=conceitos; *links*=relacionamento entre os conceitos (GAVA, MENEZES, E CURY, 2003).

Marinho (2004/2005) asseverte que alguns softwares possibilitam transpor para o plano digital instrumentos comuns para qualquer pesquisador (anotações, fichamentos, idéias) apresentando a vantagem de possibilitar a reelaboração constante do trabalho de forma simplificada e organizada.

Assim, para apresentação dos aspectos históricos na forma de mapa conceitual foi utilizado o *software* CMapTools 4.09. Esta ferramenta, desenvolvida pelo IHMC – University of West Florida (<<http://www.coginst.uwf.edu>>)¹⁵, permite, de modo facilitado, a edição de mapas conceituais, apresentando grande plasticidade, ferramentas de inserção de comentários e *links*; além disso, permite

¹⁵ Links sobre o uso do CMAP:

- Utilização de Mapas Conceituais na Educação: <http://penta2.ufrgs.br/edutools/mapasconceituais/utilizamapasconceituais.html>
- Noções Básicas sobre CMap Tools: <http://penta2.ufrgs.br/edutools/tutcmmaps/tutindicecmap.htm>
- Tutorial e utilização do CMapTools: <http://www2.dcc.ufmg.br/laboratorios/lsi/EAD/MapasConc/TutorialCMapTools.html>

a associação de nós a outros mapas, a arquivos de áudio e vídeo, figuras, páginas de texto e páginas da Web (MARINHO, 2004/2005; GAVA, MENEZES, E CURY, 2003).

Cabe ressaltar que este software também foi utilizado para a elaboração do modelo esquemático das ações desenvolvidas pelo CAPS sob estudo (Figura 7, p.74) e do mapa da estruturação do sistema de saúde mental de Alegrete (Figura 6, p.62).

A utilização deste programa, mais do que uma organização dos dados, permitiu a disposição dos mesmos de um modo prático, explicativo e dinâmico, enriquecendo a proposta de análise descritiva; além disso, apresenta-se como diferencial em relação aos esquemas explicativos puramente lineares, pois possibilita, conforme apontado por Gava, Menezes e Cury (2003) os *cross-links* ou “ligações cruzadas” que consistem nos relacionamentos (ou proposições) entre os conceitos dos diferentes subdomínios de conhecimento auxiliando a visualização da relação entre alguns subdomínios de conhecimento representados no mapa.

Logo, o caráter dinâmico dos mapas conceituais é uma qualidade marcante desta ferramenta:

[...] quando construímos um mapa primeiramente identificamos os conceitos que consideramos importantes, independente da ordem em que eles foram estudados ou que aparecem em um texto, que é um processo mais natural do que se pensar em um texto que exige um formalismo e uma expressão seqüencial de idéias. Após esse reflexão sobre os conceitos, basta materializar as ligações que enxergamos sobre esses conceitos, na forma de *links* entre eles. Após isso, deve-se estar constantemente observando este mapa e fazendo as devidas modificações, que refletem as constantes mudanças que ocorrem em nossa estrutura cognitiva, de acordo com a evolução de nosso conhecimento (GAVA, MENEZES e CURY, 2003, p.5)

Com essa experiência identifica-se que, a transformação dos dados brutos em mapas conceituais, permite várias etapas reflexivas, sobretudo no tocante à ordem e disposição das informações que se dá de um modo que permite superar a mera concepção linear causa-efeito com relação aos fenômenos (graças aos *cross-links*).

Portanto, concordo com Gava, Menezes e Cury (2003) quando afirmam que pela natureza do mapa conceitual, ele consiste numa ferramenta útil em múltiplas atividades, tendo em vista que o ser humano busca, amiúde, utilizar-se de linguagens não lineares para se expressar com maior flexibilidade.

Ademais, em se tratando de fenômeno tão complexo quanto o do uso abusivo de drogas, estes aspectos apresentados sobre os mapas conceituais são de grande relevância pois tal configuração esquemática permitiu que certas implicações relacionadas à temática não perdessem o caráter dinâmico que é observado na prática.

4.4.3 A observação-participante

A observação-participante, como método que permite vivenciar a realidade dos fatos, foi utilizada com o objetivo de superar uma das limitações da análise documental apontada por Oliveira (2007): a falta da vivência do fenômeno para melhor representá-lo.

Com relação à observação-participante, Patton (2002) afirma que o que as pessoas dizem (verbalmente, através da escrita ou de análise de documentos) é o maior recurso dos dados qualitativos, no entanto, para entender a complexidade de muitas situações a participação direta e a observação do fenômeno de interesse pode ser o melhor método de pesquisa.

Na observação participante o observador se coloca na posição dos observados devendo se inserir no grupo a ser estudado como se fosse um deles, pois assim tem mais condições de compreender os hábitos, atitudes, interesses, relações pessoais e características do funcionamento daquele grupo (Richardson e colaboradores, 1999).

Assim, foram realizadas 682 horas de observação participante distribuídas entre as 4 semanas de permanência no trabalho de campo. As observações foram feitas a partir de um roteiro previamente estabelecido¹⁶ e contemplou a estrutura física, funcionamento, dinâmica e relações do serviço, a oferta de atendimentos, planejamento das ações, organização do processo de trabalho, o acompanhamento de atendimentos individuais, urgência e emergência, reuniões, registros, encaminhamentos, recepção, grupos e oficinas, visitas técnicas aos demais serviços da rede, visitas domiciliares, visitas ao hospital, locomoção de pacientes, eventos comemorativos, enfim, qualquer atividade gerada a partir do CAPS.

Tais observações foram realizadas por 3 enfermeiros pesquisadores – dois professores e uma mestranda - com experiência prévia em pesquisa qualitativa e que foram submetidos a um curso de capacitação em coleta de dados para este fim, na cidade de Porto Alegre (com carga horária de 30 horas); fato que permitiu uma cobertura total das atividades que ocorreram durante o trabalho de campo.

Os três observadores reuniram-se todos os dias, após as atividades, para planejamento e organização das próximas etapas das observações, a fim de que fossem contempladas o maior número de situações possíveis.

Para o acompanhamento das atividades, em todas as circunstâncias foi solicitada a autorização prévia dos envolvidos explicando os objetivos da pesquisa. As situações nas quais o profissional ou o usuário não julgaram pertinentes a atividade de observação, estas não foram realizadas (por exemplo alguns atendimentos individuais).

¹⁶ Ver anexo B - roteiro de observação

Todas as observações foram transformadas em anotações de campo durante a atividade observada (quando possível), ou numa sala específica disponibilizada pelo serviço para este fim, ou ainda ao final do dia, quando findava o expediente do serviço.

As anotações de campo consistem na descrição escrita de todas as manifestações que o observador repara no sujeito (verbais, ações, atitudes etc.); devem registrar as reflexões que surgirem durante a observação dos fenômenos inclusive as reflexões relacionadas às questões teóricas e/ou metodológicas. Na pesquisa qualitativa as descrições exatas são um requisito fundamental para o avanço na explicação e compreensão da totalidade do fenômeno, sua dinâmica e relações no contexto estudado (TRIVIÑOS, 1987)

Triviños (1987) ressalta que cada palavra, expressão e atitude estão adstritas a um contexto simbólico constituído por fatores socioculturais específicos e que, portanto, é impossível uma descrição perfeita e única, mas é importante a tentativa de atingir o máximo de fidelidade na descrição a fim de alcançar resultados mais satisfatórios. Portanto, o fato do trabalho de campo do presente estudo contar com a observação-participante de 3 pesquisadores, permitiu uma visão mais ampla do fenômeno.

Assim, as anotações de campo foram sistematicamente organizadas num diário, no qual constavam o local e data, horário (especificando as horas ou o período: manhã, tarde e noite), o tipo de atividade observada, a descrição do fato e as impressões e nome do observador.

Enfim, na etapa da “ordenação dos dados” sugerida por Minayo (1992), as observações foram transcritas, e foi feita uma releitura dos diários de campo nos quais foram sublinhadas e mapeadas as informações correspondentes às práticas de intervenção, ou seja, estas informações foram codificadas em siglas e foi organizada uma relação identificando o diário de campo (a partir de cada observador – 1, 2 ou 3) e respectivas páginas nas quais se encontravam as anotações de campo relacionadas¹⁷. Esta ordenação foi feita visando facilitar a localização destas informações posteriormente.

4.4.4 Entrecruzando análise documental e observação-participante

A tabela com a disposição das ações de acordo com seus respectivos métodos¹⁸ – advinda da análise documental - foi confrontada com as práticas elucidadas a partir das observações registradas no diário-de-campo. O questionamento e problematização das informações resultantes deste cruzamento, à luz do referencial teórico, e da revisão da literatura, permitiram a organização do capítulo: “**Descrição das intervenções: da documentação à prática cotidiana**”.

As intervenções comunitárias, também foram discutidas a partir dos dados da observação, do

¹⁷Apêndice B

¹⁸Apêndice A

referencial teórico e revisão da literatura; em face de tais discussões foram feitas algumas proposições e organizado o capítulo: **“As intervenções comunitárias: reflexões sobre o processo de exclusão social e possibilidades de construção da cidadania”**.

Enfim, nas considerações finais, foi feita uma reflexão sobre as contribuições e limites da metodologia utilizada e uma retrospectiva da realização do trabalho retomando os pressupostos elencados na construção do objeto de pesquisa problematizando-os quanto à pertinência e limitação em face aos resultados deste estudo.

Esta sistematização descrita permitiu refletir sobre a prática de saúde mental na atenção aos dependentes de substâncias psicoativas num serviço que pretende ser territorial, de base comunitária e substitutivo aos modelos tradicionais.

Assim, o resultado da interpretação e análise dos dados deste estudo é apresentado em capítulos organizados da seguinte forma: “Caracterização do município e aspectos históricos referentes ao serviço de saúde mental de Alegrete/RS”; “Apresentação dos documentos utilizados na pesquisa”; “Descrição das intervenções: da documentação à prática cotidiana”; “Intervenções comunitárias: reflexões sobre o processo de exclusão social e possibilidades de construção da cidadania”.

Figura 2 – Desenho da pesquisa (parte 1)

Figura 3 – Desenho da Pesquisa (parte 2)

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização do município e aspectos históricos referentes ao serviço de saúde mental de Alegrete/RS

Objetiva-se neste item proporcionar uma concepção prévia sobre o cenário no qual se desenvolvem as intervenções. Apresenta-se as características de relevância referentes ao município de Alegrete; bem como os aspectos históricos do serviço de saúde mental sob estudo.

5.1.1 O Município de Alegrete (tabela 8)

Município de Alegrete	
Localização	Fronteira Oeste do Estado do Rio Grande do Sul
Área Física	7800km ²
População	87236 habitantes (IBGE, 2004)
Zona Urbana	Estruturada em 34 bairros e 7 vilas
Zona Rural	Região caracterizada pelos latifúndios. As pequenas propriedades possuem a mesma cultura do latifúndio, não desenvolvendo produtividade suficiente para sua subsistência
Economia	Base da economia: agricultura - Lavouras de arroz, rebanhos bovinos e ovinos e, em menor proporção, a produção de leite. A cidade possui poucas indústrias, sendo que as de maior expressão estão na área do arroz
Saúde	A Secretaria Municipal de Saúde conta com uma rede de atenção composta por 12 postos de Atenção Básica, 30 Agentes Comunitários de Saúde e duas equipes de Programa da Saúde da Família, um Pronto Socorro Municipal para adultos, um Pronto Atendimento para Crianças e o sistema de saúde mental.
Aspectos sócio-econômicos	<ul style="list-style-type: none"> • Região pouco desenvolvida economicamente: <ul style="list-style-type: none"> - escassas oportunidades de trabalho e renda à população do campo e da cidade - vulnerabilidade social do público jovem • Região de fronteira: <ul style="list-style-type: none"> - serve como passagem da rota de tráfico de drogas (segundo autoridades policiais) • Alto índice de adultos homens alcoolistas: <ul style="list-style-type: none"> - situação de alto risco social - desestruturação familiar - perpetuação da cultura do abuso de álcool e outras drogas como forma de lazer e entorpecimento

Tabela 8 – Dados sócio-demográficos do município de Alegrete

Adaptado a partir dos documentos: Projeto Técnico do CAPS (2005); Plano Plurianual do Serviço de Saúde Mental (2005); Planejamento (2006); Documento Base para uma política de Atenção Psicossocial ao álcool e outras drogas no município de Alegrete (2006); Projeto Técnico do CAPS Álcool e outras Drogas de Alegrete (2005).

5.1.2 Aspectos Históricos sobre o serviço

Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental/SAISMENTAL – Alegrete - Centro de Atenção Psicossocial	
Endereço	Praça Alexandre Lisboa – Rua General Sampaio, 1679 Alegrete
E-mail	saudealegrete@bol.com.br
Coordenação ¹⁹	Maria Izabel Ziani Pradel
Início das atividades	Como SAISMENTAL: 18/julho/1989. Como Centro de Atenção Psicossocial: 31/março/1997.
Área de abrangência:	Alegrete e Manoel Viana ²⁰

Tabela 9 – Dados de identificação do serviço de saúde mental do município de Alegrete

Adaptado a partir dos documentos: Projeto Técnico do CAPS (2005); Plano Plurianual do Serviço de Saúde Mental (2005); Planejamento (2006); Documento Base para uma política de Atenção Psicossocial ao álcool e outras drogas no município de Alegrete (2006); Projeto Técnico do CAPS Álcool e outras Drogas de Alegrete (2005).

(ver figura 4 a seguir)

¹⁹ Durante o período do trabalho de campo – junho/julho, 2005

²⁰ Área física de Manoel Viana: 1391km²

População do Município de Manoel Viana: 7262 habitantes

A centralidade da figura do CAPS na ilustração decorre da preconização da Política de Saúde Mental de que este serviço tem um papel estratégico na rede de atenção à saúde mental do território específico, uma vez que deve articular recursos dos demais serviços de saúde, dispositivos sócio-sanitários, jurídicos, sociais, educacionais dentre outros. Sobreleva-se que tal articulação envolvendo os diversos componentes e recursos assistenciais é fator essencial para a tarefa de reinserção social, promoção da vida comunitária e autonomia dos usuários dos serviços (BRASIL, 2005).

Desse modo, cabe ressaltar que, coerente com tais preconizações, toda a rede de serviços de saúde mental do referido município se estruturou a partir do CAPS II (Sistema de Atenção Integral de Saúde Mental – SAIS-Mental), ou seja, o Serviço de Saúde Mental constitui-se numa espécie de “célula-mãe”, da qual se desmembrou o Centro de Atenção Psicossocial à Crianças e Adolescentes – CAPS-i, o serviço Residencial Terapêutico, doze leitos psiquiátricos cadastrados na Santa Casa de Caridade de Alegrete/RS, o serviço de atendimento às emergências psiquiátricas no Pronto-Socorro Municipal e o CADEQ.

Com o termo “célula-mãe”, denota-se que a equipe deste serviço foi a articuladora prática, teórica e política para a consolidação dos demais serviços da rede, contudo, após a oficialização de cada serviço em suas respectivas estruturas físicas, estes adquirem sua autonomia com relação à coordenação e funcionamento. Autonomia com relação à estruturação das práticas e dinâmica de funcionamento, pois a articulação com o sistema, conforme observado, é efetiva no município em questão.

Ressalta-se, no entanto, que o processo para a concretização do funcionamento do CADEQ numa estrutura própria estava em vias de realização durante o período de coleta de dados para o estudo.

Para maior compreensão da estrutura desta rede, é apresentado um esquema ilustrativo referente à configuração atual do sistema de saúde mental do município de Alegrete/RS (figura 6). Cabe demarcar que o CAPS II não foi colocado no centro do esquema ilustrativo pois o sistema representado possui a especificidade destacada nos parágrafos anteriores: serviços que possuem autonomia para delimitar sua atuação mas que efetivamente delineiam suas ações em articulação não apenas com o CAPS II, e sim com todos os demais dispositivos da rede, de acordo com a necessidade/demanda específica.

Vale mais um ponto de destaque: as setas do esquema ilustrativo não sinalizam apenas a questão da referência, mas também o compartilhamento das ações e envolvimento dos demais componentes do sistema de saúde na atenção aos casos oriundos da demanda de cada dispositivo.

A partir desta visão prévia com relação ao sistema no qual está inserido o serviço sob estudo, são apresentados os documentos que foram selecionados para a análise:

O primeiro documento visa oficializar a estrutura, dinâmica de funcionamento e embasamento teórico do serviço.

DOC-1	
Título	Projeto Técnico do Centro de Atenção Psicossocial Alegrete
Autores	Equipe do SAIS-Mental
Local e Data	Alegrete/RS - Abril/2005
Conteúdo	Dados de identificação do serviço (endereço, telefone, e-mail, coordenação vigente, início das atividades, área de cobertura, população e área física dos município atendidos)
	Descrições introdutórias sobre o CAPS e demais serviços que compõem a rede de cuidados: CADEQ, Santa Casa, Pronto Socorro.
	Objetivos (geral e específicos) do serviço
	Diretrizes do serviço: quanto ao funcionamento, atividades desenvolvidas, base conceitual teórica-prática, dinâmica e modalidades de atendimento
	Recursos humanos e físicos disponíveis
Pontos a destacar	Priorização da assistência, reabilitação, ensino, pesquisa e promoção em saúde pública.
	Preconiza uma rede de atenção, ações intersetoriais, promoção, prevenção, tratamento, reabilitação (atenção integral) e equipe multiprofissional
	Faz referência aos princípios do SUS, resgate de cidadania e ações na comunidade
	Cita como bases teórica-prática o Movimento Sanitarista, o SUS, a concepção de rede, a Reforma Psiquiátrica e a Declaração de Caracas (OPAS/OMS)
Bibliografia básica	Documentos da OPAS/OMS, da ONU e legislação brasileira

Tabela 10 – Projeto Técnico do Centro de Atenção Psicossocial Alegrete/RS (DOC-1)

Num âmbito geral, apresenta uma preocupação por parte de seus autores com a qualificação da atenção no município.

O objetivo do serviço é apresentado neste documento como **a melhoria da qualidade de vida da comunidade**, aspecto que chama a atenção pelo fato desta preocupação não se restringir apenas aos portadores de sofrimento psíquico, o que demonstra uma boa concepção quanto aos princípios de um serviço de base comunitária e à noção de clínica ampliada.

A forma de edição do documento concebe ações articuladas entre diversos setores da sociedade e uma busca (com relação à organização, práticas e modalidades de atenção) por atender a preconização do MS de uma atenção integral.

A integralidade consiste num dos princípios do Sistema Único de Saúde; refere-se à integração das ações preventivas, curativas, individuais e coletivas nos diferentes níveis de complexidade. Além disso, está relacionada à integração de serviços de modo a formar redes

assistenciais, ou seja, interdependência entre indivíduos e organização que acaba por proporcionar uma otimização dos recursos. Ressalta-se que este conceito inclui a compreensão do profissional quanto às necessidades dos usuários e a organização das práticas e serviços de saúde em prol de suprir tais demandas (KANTORSKI, JARDIM, COIMBRA, OLIVEIRA e HECK, 2006).

O reconhecimento, por parte do documento, de preconizações pontuais como: inserção social e resgate da cidadania; e das diretrizes como acolhida, vínculo, responsabilidade, contrato de cuidados, ética e mecanismos de garantia dos direitos dos usuários evidencia um embasamento teórico-prático pautado num novo modelo de atenção em saúde mental baseado nas propostas do Modelo de Reabilitação Psicossocial e conceitos advindos do Movimento Sanitarista e Reforma Psiquiátrica.

De fato os princípios do SUS, as Conferências Nacionais de Saúde, a Declaração de Caracas, a Declaração de Direitos Humanos da ONU e a lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul (Lei 2662 de 16 de maio de 1996) são citados como fundamentação teórica e técnica. No entanto, os dois primeiros parágrafos do item **Concepção teórica e técnica** apresentam algumas leves incoerências com suas fundamentações, a saber: “A saúde mental **é tão importante quanto** a saúde física para o bem-estar dos indivíduos e das sociedades” (DOC-1, p.5)

Cabe destacar que o processo saúde-doença abrange uma imbricação de aspectos complexos e **indivisíveis** entrelaçando os âmbitos psíquico, biológico, econômico e social, ou seja, o conceito saúde já prenuncia todos estes âmbitos, não havendo necessidade de fragmentar tal concepção em: **físico**, **mental** ou **social**. Dessa forma, a afirmativa desta expressão denota uma percepção divergente das propostas que o documento diz fundamentar-se.

Portanto, embora tal redação apresente uma discussão sobre a ineficácia do modelo médico tradicional de atenção em saúde, as expressões utilizadas ainda dão sinais do seguimento de uma lógica cartesiana de raciocínio, de divisão corpo e mente:

Após o fracasso absoluto deste modelo [modelo médico tradicional], de avanços da ciência e do conhecimento, hoje temos consciência de que o tema “Saúde Mental” tem a ver com a vida de todos e que **o sofrimento psíquico deve ser cuidado com o mesmo empenho que a ciência tem para com os problemas físicos**” (DOC-1, p.5).

Salvo esta questão da redação, talvez de aspecto semântico, o programa de atenção apresentado pelo documento apresenta coerência plena com as diretrizes e objetivos propostos pelo mesmo.

O Plano Plurianual consiste num plano de metas que apresenta, principalmente a preocupação com a qualificação permanente e melhoria contínua da atenção prestada à população. Tal fato se faz evidente nos termos deste documento, que apresenta como objetivo geral:

Proporcionar a melhoria da qualidade de vida de nossa comunidade dando atenção integral aos portadores de sofrimento psíquico, usuários de drogas e demais sofrimentos emocionais,

oferecendo através do CAPS, atenção integral em Saúde Mental, contemplando os princípios do SUS - Sistema Único de Saúde (DOC-2, p.2)

DOC-2	
Título	Plano Plurianual - Projeto do Serviço de Saúde Mental
Autores	Maria Izabel Ziani Pradel
Local e Data	Alegrete/RS - 2005
Conteúdo	Dados de identificação do serviço (endereço, telefone, e-mail, coordenação vigente, início das atividades, área de cobertura, população e área física dos município atendidos)
	Este documento tem subdivisões referentes a cada serviço que compõe a rede de saúde mental do município, a saber: Serviço Residencial Terapêutico em Saúde Mental, Residências assistidas, CADEQ.
	Apresenta os objetivos gerais destes serviços, as metas estabelecidas, com seus respectivos prazos e responsáveis; descreve um breve histórico dos respectivos serviços, o diagnóstico atual e os recursos materiais necessários para o cumprimento das metas.
	OBS.: os dados utilizados neste estudo referem-se às subdivisões Serviço de Saúde Mental CAPS II e CADEQ.
Pontos a destacar	Dentre as metas do CAPS II destaca-se a capacitação permanente da equipe, melhorias das intervenções já existentes, a criação de um banco de dados para pesquisa e melhorias na estrutura física do serviço.
	Quanto ao CADEQ, as principais metas propostas consta o aumento do quadro de recursos humanos, a capacitação permanente da equipe, criação de oficinas, prevenção na comunidade, articulação com PSF e metas referentes à estrutura física.
Bibliografia básica	N/C

Tabela 11 - Plano Plurianual Projeto do Serviço de Saúde Mental (DOC-2)

A inserção social dos portadores de sofrimento psíquico na sociedade, o resgate da cidadania e o atendimento multiprofissional aos usuários também são objetivos-chave de acordo com a redação deste documento.

Um ponto que merece destaque consiste em que, subsequente aos objetivos há a apresentação de ações que possibilitam o cumprimento dos mesmos. A partir destas ações são definidas as metas, seus respectivos prazos e responsáveis e todas elas confluem para a proposta geral implícita e explícita da redação do documento que é a busca de melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Esta busca por aperfeiçoamento, muito além de uma proposta do plano, parece ser uma filosofia adotada em toda a trajetória do serviço:

O SAISMENTAL – Hoje CAPS II possui 16 anos de funcionamento dentro da SMS, consolida uma rede de serviços e de atenção capaz de dar conta do tratamento dos mais difíceis casos de doença mental. Com sua vivência quer ampliar cada vez mais sua capacidade de resolubilidade e por isso após vários anos de luta, encontra-se hoje em um prédio com boas condições de funcionamento e uma equipe com muito desejo de conhecimento (DOC-2, p.4).

O Planejamento 2006 propõe ações inovadoras e de melhorias a serem implementadas no serviço em curto e em longo prazo, de acordo com as necessidades detectadas no cotidiano do trabalho.

DOC-3	
Título	Planejamento 2006

Autores	Serviço de saúde mental
Local e Data	Alegrete - 2005/2006
Conteúdo	Breve histórico sobre o serviço
	Levantamento de necessidades nas áreas de: acolhimento, fluxo, serviços oferecidos, capacitação, coordenação, desempenho profissional, recursos materiais, comunidade, formas de atenção e equipe.
	Estabelecimento de prioridades: equipe e usuários
Pontos a destacar	Faz referência à importância do acolhimento e da promoção de qualidade de vida
Bibliografia básica	N/C

Tabela 12 - Planejamento 2006 (DOC-3)

O DOC-3 não apresenta objetivos (do serviço ou do próprio planejamento).

A elaboração deste documento também tem relação com o compromisso de melhoria da qualidade do serviço. A redação permite apreender uma preocupação especial não apenas com os usuários e comunidade, mas também com os profissionais da equipe tanto no aspecto técnico quanto pessoal. Essa apreensão pode ser feita a partir de algumas metas que são apresentadas no subitem **Histórico**: integração e união da equipe, valorização dos sentimentos, capacitação, valorização do serviço, qualificação das instalações...

O documento apresenta um planejamento bem delineado, com itens básicos que competem a um documento deste tipo, a saber: levantamento de necessidades, estabelecimento de prioridades e um quadro de metas com espaço para a definição das respectivas competências.

Dentre as necessidades apresentadas no documento há a preocupação com a qualificação do acolhimento. Tal aspecto tem grande relevância em se tratando de um serviço de saúde mental que se pauta num novo modelo de atenção nesta área, pois o acolhimento consiste numa técnica primordial para o estabelecimento do vínculo com o usuário e conseqüentemente sua adesão ao tratamento, ou ainda essencial para a referenciação eficaz aos outros serviços da rede quando necessário.

O vínculo corresponde à responsabilização por parte do serviço com relação ao problema de saúde individual ou coletivo. Destarte, o acolhimento consiste numa associação do discurso de inclusão social e defesa do SUS, implica na reorganização dos serviços de saúde e em mudanças estruturais na forma de gestão destes serviços (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

Tradicionalmente, a noção de acolhimento no campo da saúde tem sido identificada: ora a uma dimensão espacial, que se traduz em recepção administrativa e ambiente confortável; ora a uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados que afirma, na maior parte das vezes, uma prática de exclusão social, na medida em que “escolhe” quem deve ser atendido (BRASIL, 2004d, p.6).

Neste sentido, Hennington (2005) pontua que o acolhimento, atualmente, advém do âmago das propostas de reorientação da atenção à saúde e tem sido analisado como estratégia essencial na reorganização da assistência de diversos serviços de saúde no Brasil; reorganização essa que objetiva a inversão do modelo tecno-assistencial a fim de contemplar o princípio de universalidade no

atendimento e reorganização do processo de trabalho. Portanto, segundo o autor, o acolhimento consiste num dispositivo que vai muito além da simples recepção do sujeito no serviço de saúde, inclui toda a situação de atenção a partir da entrada do usuário no sistema.

Outro aspecto relevante do DOC-3, consiste na importância que é dada à capacitação da equipe, ponto destacado também em outros documentos, no entanto, este tem alguns diferenciais que valem ser ressaltados, como a preconização de um trabalho de capacitação contínuo para profissionais da Atenção Básica e da Santa Casa, cursos para a equipe da recepção (recepcionistas), reuniões de estudo de assuntos referentes ou não ao serviço e que toda a equipe participe das mesmas. A reunião de equipe e a capacitação são apresentadas como algumas das principais prioridades.

A valorização da equipe e a dedicação efetiva no sentido de qualificá-la, independente do nível de escolaridade do profissional consiste numa política de administração de recursos humanos coerente com as propostas de valorização do ser humano - ideologia básica dos movimentos que buscam uma ruptura com o modelo de saúde tradicional -, ou seja, tal política dá evidências de uma horizontalização das relações, principalmente na afirmativa que preconiza a participação de **toda a equipe** nas reuniões de estudo.

Além disso, tal preocupação é coerente com a preconização do Ministério da Saúde no tocante à Educação Permanente em Saúde.

Lino, Backes, Schmidt, Ferraz, Prado e Martins (2007) afirmam que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 1987 conceituava Educação permanente como um processo de ensino-aprendizagem, ativo e contínuo com o objetivo de analisar e melhorar a capacitação de pessoas e grupos no atendimento das necessidades sociais de acordo com cada meta institucional. No entanto, destacam que, na era atual da globalização que compreende graves problemas de ordem social e econômica, surge uma forma mais abrangente de entender o processo de educação continuada, entendendo esse que preconiza o diálogo, a revitalização e superação pessoal e profissional, qualificação, postura ética, conscientização, exercício da cidadania, reformulação de valores e relações integradoras.

Logo, o Ministério da Saúde, lançou em 2003 a Política de Educação Permanente em Saúde, como estratégia de formação e desenvolvimento do SUS, visando agregar desenvolvimento individual e institucional envolvendo serviços, gestão setorial, atenção e controle social. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída em fevereiro de 2004 pela Portaria GM/MS nº198 visando à formação e desenvolvimento dos trabalhadores (LINO, BACKES, SCHIMIDT, FERRAZ, PRADO E MARTINS, 2007).

Considerar o saber do profissional adquirido pelas experiências advindas do cotidiano de trabalho permitindo a expressão das necessidades e problemas a partir da realidade desse serviço,

consiste num dos requisitos da educação permanente que, a partir da construção de espaços coletivos para reflexão e avaliação do sentido das ações deve estimular a troca de experiências, a vivência e a crítica para a construção de novos saberes e práticas (CECCIM, 2004-2005; LINO, BACKES, SCHIMIDT, FERRAZ, PRADO E MARTINS, 2007).

A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2004-2005, p.161).

Tendo em vista que a priorização do processo contínuo de capacitação proporcionado pelo serviço consiste num dos pontos fortes do processo de trabalho do CAPS em estudo, convém apontar que a característica central que o processo de Educação Permanente em Saúde deve ter, de acordo com Ceccim (2004-2005) é a de ser permeável à realidade “mutável e mutante” das ações e serviços de saúde, considerando o aspecto político da formação de perfis (dos profissionais e dos serviços) focando mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, reflexões para romper com modelos e fórmulas instituídas e efetivar novas experimentações. O autor pontua o processo de educação permanente como oportunidade para incorporação de tecnologias e referenciais através da implementação de espaços de discussão, análise e reflexão das práticas do serviço e dos referenciais que as embasam.

A seguir é apresentado o Documento Base para Política de Álcool e Drogas em Alegrete e as especificidades relacionadas a este campo no respectivo município.

DOC-4	
Título	Documento Base para uma Política de Atenção Psicossocial ao Álcool e Outras Drogas no Município de Alegrete
Autores	Comissão interinstitucional criada a partir da Audiência Pública promovida pela Comissão de Cidadania e Desenvolvimento Social da Câmara de Vereadores e Conselho Municipal de Saúde que objetivava a discussão e proposições para a Política de Atenção ao álcool e outras drogas no município
Local e Data	Alegrete - maio/2006
Conteúdo	Apresenta as ações já desenvolvidas no município, apontando as dificuldades, propostas e desafios
	Faz um histórico sobre as ações de saúde mental no município
	Apresenta as diretrizes e objetivos da Política de Atenção Integral à Saúde Mental em Alegrete; as atribuições dos serviços e discute aspectos relacionados ao financiamento
	Apresenta os princípios e diretrizes do Serviço de Atenção Integral à Saúde Mental
	Apresenta os princípios e diretrizes da Política de Atenção ao uso de álcool e outras drogas na rede social
	Apresenta cada um dos serviços que compõem a rede de atenção integral à saúde mental no município, a saber: CADEQ, CAPSi, Santa Casa, Comunidade Terapêutica, Grupo Amor Exigente; e faz encaminhamentos.
Pontos a destacar	Descreve a fundamentação teórica-filosófica-ideológica das práticas (bases: Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e SUS)

	Apresenta conceitos sobre o uso de álcool e outras drogas e faz uma crítica ao modo de organização e sistema de valores da sociedade atual apontando estes como fatores causais do uso abusivo de drogas
Bibliografia básica	N/C

Tabela 13 - Documento Base para uma Política de Atenção Psicossocial ao Álcool e Outras Drogas no Município de Alegrete (DOC-4)

Este documento proporciona um panorama das bases históricas, sociais, teóricas e operacionais com relação às práticas de saúde mental no município visando à oficialização das práticas voltadas para a atenção em álcool e drogas no território.

Também não apresenta um item específico com relação aos objetivos (do serviço ou do documento).

Apesar disso o DOC-4 apresenta uma boa base introdutória que permite a contextualização da situação de atenção em saúde e suas transformações no âmbito do município durante o processo de Reforma Sanitária e da Reforma psiquiátrica.

A linguagem utilizada, de fato remete aos princípios nos quais se baseiam estes dois documentos no que tange à reestruturação da saúde no Brasil.

Mais uma vez é dado destaque à priorização da capacitação profissional que é uma realidade desde o início do funcionamento do serviço (conforme consta na documentação):

Um aspecto fundamental que aparece é a capacitação, um dos marcos estratégicos na implementação da Política de Saúde Mental do Município. Em 1990 [o serviço foi fundado em 1989], integrantes da equipe participaram de momentos importantes: no IV Curso de Administração em Saúde Mental Coletiva em Porto Alegre, no IV Encontro Estadual de Saúde Mental, realizado também na capital gaúcha, na Assembléia Legislativa; no Seminário Internacional de Saúde Mental Coletiva – SISMEC, em Santa Maria, lugar em que pela primeira vez foi apresentada a experiência da saúde mental de Alegrete (DOC-4, p.5).

Há uma apresentação histórica do serviço e as expressões utilizadas nesta apresentação tem caráter militante com relação à luta antimanicomial:

Nesse momento o desafio foi utilizar estratégias que contribuíssem no processo de acumulação, para tornar a inovação na forma de atenção uma nova “regra básica” e, assim, instituir um serviço onde o centro fosse o sujeito e o foco da atenção à saúde. O contexto é do início dos anos 90. As diferentes concepções de abordagem no campo da saúde mental tornaram-se evidentes. Uma é centrada no hospital psiquiátrico e modelo médico hegemônico, e outra no sujeito, onde o cuidado exige também estar inserido em seu local de vida. A orientação é da Reforma Psiquiátrica (DOC-4, p.6).

É feita uma descrição na íntegra da Lei Municipal 2662/1996 que dispõe sobre a Política de Saúde Mental do município.

Neste documento há também referência à rede de atenção consolidada no município como uma conquista importante e refere-se ao CADEQ como constituinte desta rede:

Ao final da década de 90, a atenção ao álcool e droga hierarquiza-se por meio de ações ambulatoriais, com o Centro de Atenção ao Dependente Químico/CADEQ. Atualmente estamos em vias de transformá-lo em CAPS AD, a fim de garantir a integralidade das ações neste campo (DOC-4, p.14”).

Vale destacar a conceito do que se chama Sistema de Atenção Integral à Saúde Mental oficializado neste documento:

[...] conjunto de espaços amorosos, articulados em redes, compostos por um somatório de iniciativas e intercâmbios, com intervenções nos diferentes espaços de construção da subjetividade e da cidadania, buscando conectar alianças que dêem sentido e sejam capazes de transcender o sofrimento psíquico”(DOC-4, p.14).

Os princípios do serviço são apresentados no DOC-4 e convergem com os princípios do SUS e da política de saúde mental, como por exemplo, a questão da integralidade da atenção, a equidade na assistência, a saúde como direito de todos, acolhimento, vínculo, trabalho em equipe interdisciplinar e intersetorialidade.

Antes de apresentar a discussão sobre o CAPS AD propriamente dito, discute-se o fenômeno das drogas permitindo apreender a concepção deste pelos autores do documento. Com relação a esta concepção, alguns pontos valem ser destacados.

Uma das afirmações do início desta discussão dá indícios que se reconhece a ineficácia do modelo de combate às drogas, porém, não o nega totalmente, propondo ação deste modelo concomitante a outras ações:

É importante ressaltar que não adianta simplesmente combater, mas orientar e educar, não apenas centrando a ação na droga e sim no indivíduo na vida dele e das pessoas ao redor (DOC-4, p. 17).

No subitem **Conceitos sobre o uso de álcool e outras drogas**, há uma afirmação que requer uma contestação sutil, porém importante:

O **governo brasileiro** busca implementar uma política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas tendo um entendimento destas questões como problema de saúde pública (DOC-4, p.18).

Embora tenham se efetivadas revisões nas atuais políticas brasileiras sobre drogas, ainda há algumas incoerências entre diferentes órgãos relacionados a esta problemática no tocante à filosofia de atuação (ver discussão da Política Nacional sobre Drogas no capítulo Referencial Teórico). Na realidade o entendimento do fenômeno das drogas como um problema de saúde pública advém do Ministério da Saúde, órgão responsável pela vigilância de saúde e regulamentação das ações de redução de danos sociais à saúde (ver Estruturação Nacional dos órgãos relacionados às políticas públicas sobre as drogas – Figura 1). O CONAD, Conselho Nacional Antidrogas (órgão normativo superior, que estabelece os princípios, diretrizes e políticas), adota uma orientação ainda de cunho repressivo.

Tal asserção é feita com base na política adotada por cada um destes diferentes órgãos, ou seja, a estrutura da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2006a) – da qual o CONAD é responsável por sua construção e implementação – está arraigada a concepções tradicionais sobre as drogas, tais como foco na redução da oferta (ações repressivas, idéia de erradicação das drogas, coibição do uso e

distinção entre os usuários de drogas lícitas e ilícitas). A Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2006b) – de responsabilidade do Ministério da Saúde – dá ênfase à perspectiva de redução dos agravos e preocupação com a transformação de concepções, definições e embasamento teórico-prático acompanhando a lógica adotada pela Política de Saúde Mental²¹.

Esta discussão reporta, novamente, à questão das filosofias que orientam as políticas públicas brasileiras, que, de acordo com Nascimento (2006) são: a filosofia repressiva, que considera o usuário criminoso e se instrumentaliza através de normas de proibição por parte do Estado visando “proteger a sociedade dos problemas decorrentes do uso de drogas” e criminalizando a conduta de consumi-las; e a filosofia médica, que considera o usuário um doente, instrumentaliza-se pelo poder médico e judiciário utilizando-se da patologização como medida de segurança ao indivíduo e sociedade.

Um panorama sobre a atenção no Centro de Atendimento ao Dependente Químico de Alegrete é traçado através da apresentação de uma pesquisa acadêmica quantitativa realizada em 2005 pela coordenadora do serviço a partir da qual se expõe uma das considerações finais do documento que traz à tona um questionamento: “Seu uso [das drogas] está ligado com a baixa escolaridade, agravos com a lei, acidentes de trânsito e de absenteísmo e violência” (DOC-4, p.30)

Tal generalização é um equívoco, tendo em vista que a amostra utilizada para o estudo refere-se apenas a um serviço de caráter público, além do que, representa apenas os usuários que **buscam** estes serviços.

Ao longo do documento é feita uma crítica ao modo de organização e sistema de valores da sociedade atual apontando isto como o fator causal do uso abusivo de drogas, e, ainda nas considerações finais há a seguinte afirmação: “[concepção da] Droga como consequência do funcionamento da sociedade e do cidadão” (DOC-4, p.30).

Porém, é cabível o seguinte questionamento: qual o padrão de organização para que haja uma sociedade “livre do uso de drogas”? Ao pensar num padrão de sociedade no qual o fenômeno das drogas tivesse outra concepção, talvez a última das considerações finais responda a tal pergunta:

O olhar sobre um novo desenho de sociedade vinculado ao cuidado com o ser humano (DOC-4, p.30).

O Projeto Técnico do CAPS AD apresentado a seguir consiste num documento que visa oficializar a estrutura, dinâmica de funcionamento e bases teóricas do serviço para álcool e outras drogas. Descreve que este funciona na forma de ambulatório especializado em dependência química, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, através de ações conjuntas

²¹ Ver artigo: SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado. Embasamento Político das Concepções e Práticas Referentes às Drogas no Brasil. Revista SMAD Saúde Mental Álcool e Drogas, v.3, n.2 .1-16; 2007. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>> 2007.

com os demais serviços da rede de saúde mental.

DOC-5	
Título	Projeto Técnico do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas de Alegrete - Raízes - Serviço de Promoção à Vida Saudável.
Autores	Equipe do Sistema Municipal de Saúde Mental de Alegrete
Local e Data	Alegrete/RS - Novembro/2005
Conteúdo	Descrições introdutórias sobre o sistema de saúde mental de Alegrete e sobre o serviço para álcool e outras drogas propriamente dito.
	Dados de identificação do serviço (coordenações vigentes, e-mail, CNPJ, área de cobertura, população e área física do município de Alegrete)
	Apresenta a concepção teórico e técnica sobre o fenômeno das drogas, as principais diretrizes e objetivos do serviço, o programa de atenção, critérios de acesso ao tratamento, condições de alta, dinâmica do trabalho e os recursos humanos e materiais necessários.
Pontos a destacar	Faz uma crítica ao modelo tradicional de tratamento da dependência química embasada em conceitos da reforma psiquiátrica, luta antimanicomial e princípios e diretrizes do SUS.
	Faz referência às Conferências Nacionais de Saúde, à Declaração de Caracas e à Declaração dos Direitos Humanos da ONU.
Bibliografia básica	Documentos da OPAS/OMS, da ONU e legislação brasileira e Política de Atenção Integral à Saúde Mental.

Tabela 14 - Projeto Técnico do Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas de Alegrete - Raízes - Serviço de Promoção à Vida Saudável (DOC-5)

Como objetivo do serviço apresenta: a busca pela integralidade nas ações de prevenção, promoção e reabilitação em saúde às pessoas vulneráveis ao abuso de álcool e outras drogas na comunidade, observando os princípios do Sistema Único de Saúde.

Cabe ressaltar como ponto-forte deste documento, a contextualização da necessidade específica do município neste setor:

Atualmente existe a necessidade eminente do Centro ampliar seus serviços, principalmente com o público jovem de Alegrete, que vivencia uma vulnerabilidade social, dadas as frágeis condições socioculturais da região. Tendo em vista que nossa região é pouco desenvolvida economicamente, onde a base da economia está situada na agricultura, que devido aos fatores globais, da mesma forma tem oportunizado cada vez menos trabalho e renda às pessoas do campo e das cidades, negando à maioria o sonho de crescimento pessoal (DOC-5, p.3)

Além disso, tal afirmação aponta que este documento concebe o fenômeno das drogas como uma problemática também de cunho social. A afirmação abaixo reforça tal asserção:

Observamos também um alto índice de adultos homens, vivendo com o alcoolismo, gerando uma situação de alto risco social, que provoca a desestruturação familiar e perpetua a cultura do abuso de álcool e outras drogas como forma de lazer e entorpecimento do sofrimento psíquico (DOC-5, p.3).

Na concepção teórica e técnica a redação do documento denota uma postura paternalista com relação ao uso de drogas e sofrimento psíquico em geral e reflexo de uma apreensão do fenômeno das drogas pautado num modelo médico tradicional:

No entanto, pelo desconhecimento, desinformação e conseqüentemente pelo preconceito, os usuários de drogas sofrem e sofrerão ainda com o receio da sociedade, a qual não os vê ainda como **pessoas doentes e portanto frágeis** (DOC-5, p.5).

Esta apreensão faz-se evidente também na apresentação das diretrizes do serviço:

Os usuários têm acesso ao serviço através de várias modalidades de acolhidas, entrevistas realizadas por profissionais de nível médio ou superior, indicação médica e visitas domiciliares, sempre procurando atendê-lo no momento em que aceita ajuda, pois é sabida a resistência apresentada pelo **dependente químico em admitir ser uma pessoa doente** (DOC-5, p.7).

São apresentadas pelo documento, algumas situações consideradas de vulnerabilidade para o uso abusivo de drogas, a saber: desequilíbrios políticos, econômicos e sociais como fatores que dá ao indivíduo suscetibilidade para abalos emocionais por não estar alijada de seus direitos básicos como: trabalho, moradia, educação, saúde, segurança.

Aponta-se, portanto, como objetivo geral proporcionar integralidade nas ações preventivas, de promoção e reabilitação em saúde às pessoas em situações de vulnerabilidade ao abuso de álcool e outras drogas na comunidade observando os princípios do Sistema Único de saúde. Ponto que vale destacar, no tocante aos objetivos apresentados pelo documento refere-se à importância dada às intervenções contextualizadas: "criar uma cultura de cuidados à vida utilizando referenciais regionais da cultura gaúcha através de eixos preventivos, terapêuticos e socializadores" (DOC-5, p.6).

As diretrizes do serviço contemplam a acolhida, vínculo, responsabilidade, contrato de cuidados e mecanismos de garantia dos direitos dos usuários e familiares, semelhantemente ao Projeto Técnico do Centro de Atenção Psicossocial. Os programas e modalidades de atenção, bem como os recursos físicos também são semelhantes e tais semelhanças são justificadas pela afirmação:

Atualmente as questões referentes à dependência química funcionam através do CADEQ, mantido com os recursos que são enviados pelo Ministério da Saúde para o funcionamento do CAPS II e utiliza as mesmas dependências físicas e, com o atual Projeto, propõe sua emancipação e regularização definitiva de um serviço que já é prestado à comunidade há mais de 5 anos (DOC-5, p.13)

Finalizando esta etapa inicial de apresentação dos documentos, ressalta-se que analisá-los em suas particularidades e evidenciar os principais aspectos abordados por cada um deles, consistiu numa tarefa enriquecedora e essencial para o embasamento reflexivo que sustentará a continuidade do processo analítico no tocante às práticas que estruturam a atenção em saúde mental aos usuários de álcool e drogas no CAPS sob estudo.

informações por telefone, condução de encaminhamentos e agendamento de consultas (priorização às urgências conforme a demanda trazida pelo usuário). Embora estas sejam as tarefas básicas, muitas outras atividades acabam por serem demandadas para estas funcionárias, como orientações aos usuários com relação ao local das oficinas, horários dos técnicos de referência, localização do transporte e motorista da saúde mental e até mesmo auxiliar no manejo de alguns pacientes.

A recepção com 6 pessoas esperando, a recepcionista tenta resolver as situações e não pára de chegar gente, o telefone toca seguidamente e ela dá informação. A técnica de enfermagem espera o motorista e pede para ligar para o CAPS e para ver onde ele está. Chega mais seis usuários com a queixa de que o outro usuário estava batendo em outra usuária na oficina, a recepcionista chama a atenção de um usuário e ele diz que quer falar com a sua psicóloga. Chega outra usuária (senhora) que quer agendar com a assistente social, por causa da aposentadoria e passe livre, a recepcionista orienta como esta situação foi encaminhada pela associação dos usuários e que para passe no município existe uma fila de 10 esperando (20/07/2006–10h45min. Observador 1).

Segundo Costa-Rosa, Luzio, Mendes e Florezi (2004) a chegada do usuário é um momento de suma importância, pois a pessoa procura ajuda (encaminhada, trazida por terceiros ou demanda espontânea) quando todos os recursos utilizados até então se tornam insuficientes para lidar com o sofrimento em questão; assim, sentir-se acolhido nesse primeiro contato refletirá em todo o percurso do atendimento.

Cabe ressaltar que às funcionárias da recepção, pelo compromisso que demonstram com a proposta do serviço, são delegadas tarefas mais complexas como a responsabilização por alguns usuários (àqueles com maior grau de comprometimento psíquico) com relação à administração de seus benefícios previdenciários. Este aspecto reflete também a preocupação por parte da coordenação em envolver todos os funcionários (independente do seu nível de formação) com a proposta do serviço, fato que é visível, por exemplo, na inclusão destes funcionários nos programas de capacitação. Esta questão é perceptível também nas práticas das profissionais da higienização e do motorista, que também acabam por exercer atividades além de suas funções básicas em prol do cuidado qualificado dos usuários.

Tal fato se dá, segundo Franco, Bueno e Merhy (1999) devido a uma organização do processo de trabalho baseada na responsabilização de toda a equipe multiprofissional com o resultado do trabalho em saúde.

Dando sequência ao esquema ilustrativo, imaginando que se trata de um paciente com indicação para o tratamento no serviço, são apresentadas então as intervenções denominadas **acolhida e entrevistas com os profissionais para formação de vínculo**.

ACOLHIDA - A comunidade tem acesso ao CAPS através de **Acolhidas**, que são entrevistas realizadas para o contato com o cidadão que busca ajuda, seja trazido pela família ou encaminhado por profissionais técnicos (PROJETO TÉCNICO DO CAPS, 2005, p.4).

De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento é uma postura ética (não é um espaço ou um local) que, portanto, não pressupõe hora ou profissional específico para realizá-lo, mas requer o compartilhamento de saberes, necessidades, invenções e possibilidades. Assim, não consiste numa etapa do processo (que caracterizaria uma triagem) e sim uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde com atenção e abertura à diversidade cultural, étnica e racial, escuta, identificação de riscos e vulnerabilidade, responsabilização, opções de atendimento e/ou encaminhamento “responsável e resolutivo” aos problemas não solucionados (BRASIL, 2004d).

Coimbra (2003) concebe o acolhimento como uma estratégia reorganizadora do serviço de saúde visando o acesso universal e a aumento da qualidade da assistência pois favorece melhorias na relação usuário/trabalhador e amplia as possibilidades de intervenção.

Dessa forma, o acolhimento pode se dar através, por exemplo, de um olhar dirigido a quem chega ao serviço, de uma palavra entoada de forma mais acolhedora, em atividades de sala-de-espera que estejam para além da recepção, ou ainda de um gesto que demonstre que o espaço do serviço constitui-se verdadeiramente numa referência constante para o sujeito (SILVEIRA e VIEIRA, 2005).

Embora o Projeto Técnico do CAPS (DOC-1) descreva a “acolhida” como a primeira etapa do processo da atenção, as observações possibilitaram identificar que o processo de trabalho no serviço estudado está estruturado de forma que o acolhimento faz parte de todas as ações executadas pelos diferentes profissionais, por exemplo:

Chega um senhor para agendar com o psiquiatra 1, recepcionista 2 informa que só em 08/10, ele diz que precisa antes e ela encaminha para a técnica de enfermagem 2, porque amanhã ele atende só grupo. Acompanho o senhor e ele chega até a sala da enfermagem, fala com a técnica de enfermagem 2 que pergunta se ele tem receita, ele diz que não, que é para problema com álcool, mas que a receita ficou na farmácia, ela pede para ele aguardar quando o médico abrir a porta, ele entra e fala com ele, se o médico o reconhecer deve fazer a receita. Ela aguarda. [...] Retorno à recepção, recepcionista 2 continua muito ocupada, chega 2 usuários para ver atendimento psicológico, ela orienta sobre os temas das oficinas de saúde mental coletiva, pede para agendarem, anota o telefone. Combino com ela o horário da entrevista, ela me fala que está com muita coisa e quer sair para acompanhar um usuário com psoríase até o INAMPS, para auxiliar no encaminhamento do benefício. São 11:15h e o senhor sai com a receita nas mãos. **Impressão da observação:** é interessante como eles estão empenhados em resolver o problema das pessoas, mesmo o que parece difícil (como esta situação da receita) – no sentido de que vai se perder pelo caminho, acabou fazendo o caminho: Recepção – enfermagem – médico – saída com a receita (situação demandada e atendida) – tempo total: 15 minutos (20/07/2006 – Manhã p. 19 - Observador 1).

Além das evidências das observações, o Projeto Técnico CAPS álcool e drogas (DOC-5) descreve:

Os usuários têm acesso ao serviço através de várias modalidades de acolhidas, entrevistas realizadas por profissionais de nível médio ou superior, indicação médica e visitas domiciliares, sempre procurando atendê-lo no momento em que aceita ajuda... (PROJETO TÉCNICO CAPS ÁLCOOL E DROGAS, 2005, p.7)

Observa-se que além de promover a acessibilidade, o acolhimento consiste numa filosofia de

atenção compartilhada pelos diferentes profissionais para a resolução dos problemas demandados pela clientela que recorre ao serviço, fato que pode ser destacado na seguinte observação:

Na sala de enfermagem a enfermeira recebe os pacientes e vai até a sala do médico levar demandas (pedidos de receita, atestado).

Ouve as pessoas - chega uma senhora +/- 40 anos e traz a situação de um vizinho, que no sábado estava alcoolizado, andava dentro de casa e a mãe o abandonou. Entra um usuário e pergunta se está para chegar a Risperidona²³. A enfermeira responde que sim, que está para chegar a qualquer momento. A enfermeira pergunta para a senhora o endereço, diz que conhece o paciente. Pergunta se ele está usando álcool e outras drogas e ela responde que sim. A enfermeira diz a vizinha que fique tranqüila, que "a gente vai lá (17/07/2006 – Manhã p.1 – Observador 1).

Como diretriz do modelo técnico-assistencial orientado nos princípios do SUS, o acolhimento requer uma reorganização do serviço (organização usuário-centrada) em prol de garantir acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado; oferecendo sempre uma resposta positiva à demanda trazida pelo usuário (FRANCO, BUENO e MERHY, 1999).

Os princípios, apresentados por Franco, Bueno e Merhy (1999) para a efetivação do acolhimento consistem no atendimento de todas as pessoas que procuram o serviço (acessibilidade universal), deslocamento do eixo central do médico para uma equipe de acolhimento multiprofissional comprometida com a escuta e resolução do problema (reorganização do processo de trabalho), e pautar a relação trabalhador-usuário em parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (qualificação da relação).

Ramos e Lima (2003), afirmam que um dos elementos essenciais do atendimento é o acolhimento, entendido como a postura do trabalhador de colocar-se no lugar do usuário com o objetivo de sentir/identificar suas necessidades e buscar atendê-las ou direcioná-las para o ponto do sistema com a capacidade de resolução de tais demandas.

O acolhimento é uma ação tecno-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e *pactuar* respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolubilidade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2004d, p.5).

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999) a resolução definitiva da divisão do trabalho compartimentada consiste no reordenamento do processo de trabalho em saúde que é possível através da adoção do **vínculo** (responsabilização pelo problema de saúde do usuário, individual e coletivo) como diretriz, acoplada ao acolhimento.

²³Antipsicótico antagonista dos receptores dopaminérgicos D2 e serotoninérgicos 5HT₂ com afinidade pelos receptores de histamina H1 e adrenergicos 2. Fonte: bula do medicamento.

VÍNCULO - Depois deste primeiro contato são realizadas outras entrevistas de acolhida com os profissionais do CAPS: psicólogo, enfermeiro, instrutor das oficinas e acompanhantes terapêuticos (PROJETO TÉCNICO DO CAPS, 2005, p.4).

Seguindo as diretrizes da Lei do SUS, o SAIS Mental promove atendimento a todos os encaminhamentos feitos, estabelecendo o cuidado com a vida e os direitos da pessoa, desde a sua acolhida, estabelecimento de vínculo terapêutico, contrato de cuidados e alta terapêutica, acreditando ter promovido nestes treze anos de história uma bonita história (PROJETO TÉCNICO DO CAPS, 2005, p.6).

A implementação do acolhimento extrapola o espaço de gestão local e afirma a coexistência das macro e micropolíticas no cotidiano das práticas em saúde. Portanto, o acolhimento possibilita a operacionalização de uma clínica ampliada, ou seja, permite uma abordagem centrada no usuário ao invés de focada em sua doença e/ou queixas, a construção de vínculo terapêutico e elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo (BRASIL, 2004d).

A elaboração do Projeto Terapêutico Individual requer **conhecimento da realidade social, histórica e cultural** prévio, que é previsto pelo Documento Base para Política Álcool e outras Drogas de Alegrete/RS. Esta ação é classificada como pertencente ao modelo indireto com enfoque no ambiente social. Segundo Lins, Oliveira e Coutinho (2007) o conhecimento e vivência do dia-a-dia do paciente, seu contexto familiar e social por parte do profissional no atendimento, permite sinalizar os caminhos a serem percorridos, os objetivos a serem traçados e o término do trabalho; além disso, constitui-se num impulso para a reconstrução de uma autonomia de base para a plena utilização dos recursos e potenciais disponíveis no cotidiano do paciente.

De acordo com as observações, as ações que permitem este conhecimento, são o acolhimento propriamente dito, as entrevistas e atendimentos individuais, e grupais, as visitas e acompanhamento domiciliares, contato com familiares – atendimento, reunião – enfim, todas as atividades que proporcionam, de alguma maneira, espaços de escuta.

Na verdade, este conhecimento não consiste numa etapa, e sim num processo que, também se desencadeia durante todo o acompanhamento do usuário, quer no seu tratamento, quer no período pós-alta, tendo em vista que as ações dos serviços de base comunitária centram-se no território que, por conseguinte, deverá ser cada vez mais explorado e conhecido.

A elaboração do Projeto Terapêutico Individualizado (respeitando as diferenças de grau de cronicidade ou evolução da doença) – ação do Método Indireto Saúde Mental – consiste em oficializar aspectos importantes relacionados ao tratamento do usuário, ou seja, consiste numa combinação conjunta – profissionais e usuário – com relação às atividades da qual ele participará (aquelas que mais se adequam ao seu perfil pessoal e à sua necessidade psicossocial: grupos, oficinas, atendimentos individuais com os diferentes profissionais, atividades recreativas etc.) bem como a modalidade de atendimento (intensivo, semi-intensivo, não-intensivo) e o profissional técnico de

referência²⁴.

Campos e Domitti (2007) conceituam o projeto terapêutico como uma discussão prospectiva de caso na qual se avalia, de modo compartilhado, os riscos e vulnerabilidades e efetiva-se acordos com relação aos procedimentos que serão de competência de cada membro da equipe. Estes autores ressaltam que esta estratégia tem se mostrado útil para a mediação das relações envolvidas no processo.

Assim, a noção de Projeto Terapêutico Individual é um importante dispositivo produtor de implicação, engajamento, comprometimento e participação entre os atores sociais envolvidos no cuidado (profissionais, familiares, usuários, eventuais membros da comunidade); ou seja, a constituição de “contratos” consiste numa estratégia privilegiada para lidar com a gestão de populações nos Centros de Atenção Psicossocial (BATISTA E SILVA, 2005).

Aranha e Silva e Fonseca (2003) destacam que a construção compartilhada do projeto terapêutico proporciona o deslocamento da população usuária (indivíduo e família) do lugar de submetida para o de aliada na construção de resoluções para seus próprios agravos de saúde; portanto, este dispositivo potencializa a qualidade da assistência prestada pela equipe e da gestão da própria vida por parte do usuário.

A elaboração do Projeto Terapêutico, destarte depende da disponibilização, por parte do serviço, de um leque de opções a fim de que o processo de reabilitação psicossocial possa se dar de modo personalizado contemplando os diferentes aspectos da vida do indivíduo em sofrimento.

Portanto, as opções que podem ser consideradas para elaboração do Projeto Terapêutico Individual, em se tratando do serviço estudado são: atendimento individual (médico, de enfermagem, social, psicoterápico/psicológico), atendimento grupal, oficinas terapêuticas, atividades educativas, educação física, visitas domiciliares, atendimento/acompanhamento de familiar.

O Atendimento individual é desenvolvido para todos os usuários do CAPS como forma de dedicar atenção aos anseios pessoais de cada um, podendo ser feito por técnicos de nível superior ou nível médio (PROJETO TÉCNICO DO CAPS, 2005, p.9).

O atendimento individual tem sua importância, dentro do conjunto das demais ações, por proporcionar um espaço mais privativo entre o usuário e o profissional, no qual ele pode manifestar sentimentos e situações vivenciadas de caráter mais pessoal, ou seja, informações que não seriam reveladas num ambiente grupal; por outro lado, o profissional também tem mais liberdade de intervenção em questões de maior complexidade, pois o ambiente proporciona-lhe a utilização de um manejo mais dirigido em relação às reações do paciente.

²⁴O técnico de referência é aquele profissional que irá responsabilizar-se mais estreitamente pelo usuário. Segundo Toledo (2007) compete a este profissional a elaboração do PTI junto com o usuário e equipe, cabendo a ele, através de vinculação com a rede social e atuação no território, buscar informações e recursos do entorno social do paciente em prol de traçar objetivos mais específicos; além disso, cabe também a este profissional o encaminhamento com responsabilização (quando necessário) e a atenção e acompanhamento das demandas singulares do sujeito.

O outro paciente atendido, alcoolista, também está em abstinência, segundo ele há 3 meses e que agora tinha consultado com o psiquiatra que tinha solicitado que ele suspendesse a medicação pois está há 18 dias sem medicamento e não tem sentido a menor vontade de beber. A psicóloga perguntou sobre o filho dele, ele disse que ainda não tinha conseguido falar com o filho, pois toda a vez que ligava a ex- esposa que atendia, falava coisas tão ruins para ele que quando chegava a hora de falar com o guri ele não tinha coragem. Mas ele disse que sempre tem conversado com a mãe da ex- esposa que disse que o guri está bem, embora a mãe dela também não esteja conversando com ela. Ela [psicóloga] perguntou sobre o trabalho, ele disse que está divulgando bastante, mas que acha que tudo é uma questão de tempo, que acredita que em seguida vão aparecer, no entanto que sempre surge uma coisa ou outra para fazer. Ela [psicóloga] perguntou pelo pai dele, ele disse que estava tudo bem, que ele já tinha feito a cirurgia e que já está trabalhando. O usuário referiu dificuldade de memorização, mas que o psiquiatra tinha dito que isso é decorrente do álcool, que mais ou menos um ano sem a bebida que a memória tende a voltar ao normal. Ela sugeriu que ele use agenda. Esse paciente referiu participar do grupo do psiquiatra [CADEQ] e que tem sido muito bom para ele (18/07/2006 – manhã p.14 – Observador 3).

Além da privacidade, o atendimento individual, por possibilitar uma maior interação exclusivamente entre o usuário e o profissional, consiste num dispositivo que favorece o fortalecimento do vínculo entre estes atores e tal vínculo, segundo Schimith e Lima (2004) – profissional/paciente – amplia a eficácia das ações em saúde, estimula a autonomia e a cidadania, e promove a participação do usuário durante a prestação de serviço.

Silveira e Vieira (2005) conceituam vínculo como o movimento constante que se dá na direção do estabelecimento e/ou estreitamento de uma relação imbuída pelo sentimento de confiança mútua. Acrescentam que a garantia de estreitamento dos vínculos entre profissional e usuário permite que não haja alienação do objeto de trabalho e dos processos de subjetivação que existem na relação entre quem presta o cuidado em saúde e aquele que o recebe, sobretudo em um serviço de saúde mental no qual os usuários encontram-se extremamente fragilizados perante si e perante a sua rede social, necessitando, por conseguinte, de uma referência primordial para facilitar sua reintegração no contexto comunitário.

O atendimento individual no serviço estudado, conforme as observações, consiste num espaço de **escuta**, encaminhamento para órgãos competentes (quando necessário) e orientações – não apenas de cunho psicológico, mas também de cunho social.

A usuária do CAPS (familiar de usuário do CADEQ) está muito brava porque diz que os filhos estavam bem melhor cuidados com ela. O laudo para o juiz e assistente social do fórum diz que as crianças podem ficar com ela assim que tiver sido construído mais um cômodo na casa para ser o quarto das crianças (pois atualmente é um quarto só para os pais e as crianças). Isso imobiliza o retorno deles já que a usuária do CAPS (familiar de usuário do CADEQ) não tem dinheiro para construir mais esta peça. A psicóloga faz um encaminhamento por escrito para a promotora para que esta solicite que as crianças fiquem nas férias escolares com a mãe e diz à usuária que vai ver junto aos setores competentes da prefeitura qual a possibilidade de auxílio para ela resolver esta questão da construção do quarto. A psicóloga solicita à usuária que não seja impulsiva porque no momento que ela briga as pessoas destes órgãos (fórum por exemplo) podem não compreendê-la e infelizmente ela é quem pode sair muito prejudicada (18/07/2006 – tarde p.12 – Observador 1).

Este atendimento subdivide-se em diversas modalidades, a saber: atendimento médico, atendimento de enfermagem, atendimento social e atendimento psicoterápico.

O Atendimento médico, conforme observado, se dá dentro do modelo tradicional de consulta médica (por isso sua classificação como método direto), na qual o paciente refere suas queixas, o médico faz a avaliação, prescreve medicação, faz encaminhamentos (para outros serviços, internação, exames, grupos e oficinas) e dá orientações.

Início do trabalho de observação no atendimento individual com o médico psiquiatra, no primeiro atendimento a usuária refere nervosismo, parou com o tratamento alegando não ter dinheiro para comprar Fluoxetina²⁵ e Diazepam²⁶. Dependente química de cocaína e maconha, refere ansiedade, ter emagrecido nove quilos em 1 mês, escuta barulhos, tem alucinações visuais, taquicardia. O profissional propõe rever a medicação e pergunta sobre o acompanhamento com a psicóloga. A usuária diz ter parado, inclusive, com a oficina de alfabetização que ela participava. O médico prescreve Amplitil²⁷ e Diazepam², orienta sobre reações e que retorne caso não percebe melhora. Branca, 24 anos (10 minutos de duração) 13:48 O usuário, 45 anos foi encaminhado pela Promotoria devido a agressão a mulher que o denunciou, diz não ser louco e não saber por que mandaram para o CAPS. O médico pergunta se ele bebe e ele diz que não é pouco, o médico explica sobre os efeitos do alcoolismo e encaminha para os encontros [grupo] do CADEQ. Prescreve o anti-etanol²⁸ diariamente e fala sobre obrigatoriedade de sua presença nas reuniões do CADEQ, semanalmente, na quinta. (8 minutos de duração)

Usuário, 40 anos, branco, alcoolista, tem alta do Hospital Santa Casa a dois meses, que foi a última recaída, refere ter suspenso o anti-etanol. Alega sentir reações a medicação, orientado sobre a importância do uso correto medicação e participação nas reuniões do CADEQ nas quintas (5 minutos de duração)

Usuário, 55 anos, negro, refere episódio de recaída com o álcool, insônia, inapetência, interesse em parar de beber. Hoje bebeu pela manhã. O médico diz haver necessidade de retomar o tratamento medicamentoso para o álcool e participar do grupo. Orientado sobre os sinais e sintomas da primeira semana de abstinência. Paciente refere sentir necessidade de internação para desintoxicação, recebe encaminhamento para procurar leito em serviço de referência PA da Sta. Casa. (10 minutos de duração) [...]

Usuária, 40 anos, branca, alcoolista refere estar mais ou menos. Seu familiar, filho, informa sobre a recaída e que teve a necessidade de ser levada ao pronto atendimento da santa casa para ser medicada, foi motivada por problemas relacionados a família, então voltou a beber. O médico informa sobre as reações da medicação anti-etanol com uso concomitante com o álcool. Convida a participar das reuniões do CADEQ e acompanhamento psicológico (10 minutos de duração) o familiar questiona sobre a mãe ter tosse a mais de duas semanas e solicita o exame pra tuberculose. O médico fez o pedido de exame.

Usuário, 52 anos, branco queixa-se de tosse com catarro e dor em tórax flanco esquerdo, falta de ar, parou de beber a 3 anos. O médico solicitou pedido de exame de tuberculose (4 minutos de duração) (18/07/2006 – Tarde p.4 – Observador 2).

Observou-se que há uma grande demanda para o atendimento médico e que o tempo de permanência do profissional médico no serviço é muito curto. Dessa forma, os atendimentos são centrados especificamente nos sintomas apresentados pelo paciente e nos respectivos tratamentos medicamentoso. Os atendimentos são rápidos e após atender todos os pacientes agendados que já estão no serviço, o médico vai embora, independente se o seu horário foi cumprido ou não.

²⁵Antidepressivo inibidor da seletivo da captação de serotonina. Fonte: bula do medicamento

²⁶Ansiolítico da classe dos benzodiazepínicos. Fonte: bula do medicamento

²⁷ Clorpromazina - antipsicótico do grupo das fenotiazinas. Fonte: bula do medicamento

²⁸ Dissulfiram – medicamento coadjuvante no tratamento do alcoolismo crônico. Inibe uma enzima responsável pela degradação do acetaldeído (produto da metabolização do etanol) que acumula-se, portanto, no organismo do indivíduo causando uma série de efeitos tóxicos denominados antabuse – extrema vasodilatação, hipotensão arterial, taquicardia e cefaléia). Fonte: bula do medicamento

Esta questão não parece ser uma particularidade deste serviço, pois Macedo (2005), num estudo sobre as dificuldades que afetam os profissionais da saúde mental realizado na rede pública do oeste de Santa Catarina evidenciou que no dia de atendimento médico a demanda de pacientes nos serviços estudados aumentava; além disso, acrescenta que em dois serviços da rede não foi possível entrevistar os médicos porque estes eram contratados por número de atendimentos, e não por carga horária como os demais profissionais, assim, durante todo o período que estavam nos serviços estavam em atendimento e depois se dirigiam para outros serviços, pois a maioria destes profissionais se divide entre dois ou mais trabalhos.

No serviço de saúde mental de Alegrete/RS a atuação do profissional médico se dá de forma semelhante, o que consiste num aspecto negativo, tendo em vista que, desta forma este profissional não está comprometido com as demais etapas do processo de trabalho e mesmo com a situação do paciente nas demais atividades terapêuticas, além de estar completamente distanciado das circunstâncias do entorno social do usuário, fatos que acabam por gerar uma espécie de fragmentação do cuidado, pois o atendimento médico não estará pautado numa concepção integral com relação à reabilitação dos pacientes.

O atendimento de enfermagem enquadra-se no método direto por uma questão de cunho teórico, pois esta modalidade de intervenção engloba ações que agem nas fontes de estresse, nos hábitos de vida e no contexto social do indivíduo e família.

Dentre as atividades específicas ao âmbito da enfermagem (considerando a divisão tradicional do processo de trabalho em saúde), foram observadas, quanto às medicações: retirada de medicação na farmácia, administração e controle de um “mini-estoque” de medicamentos no CAPS, distribuição e orientações aos usuários, administração da medicação e monitoramento de reações adversas, solicitação de receita médica em casos específicos, acordos informais com usuários a fim de que estes façam adesão medicamentosa. Além destas atividades, a equipe de enfermagem realiza agendamento de consultas, identifica a necessidade de visita e/ou atendimento domiciliar e necessidade de internação, realiza acolhimentos, escuta; faz triagem e encaminhamentos para o médico (consultas de rotina, consultas de urgência, consultas para revisão de medicação); registra ocorrências, realiza visitas e atendimentos domiciliares e faz anotações nos prontuários.

Na sala de enfermagem a enfermeira recebe os pacientes e vai até a sala do médico levar demandas (pedidos de receita, atestado). [...]

Outro senhor diz que terminou “seus remédios”, ela consulta uma planilha, pelo nome, faz anotação da medicação.

A enfermeira chama uma usuária chamada personagem 8 e pergunta se ela “tomou a injeção”, ela responde que sim. Então combinam para a usuária vir tomar no CAPS e ela concorda.

Agora tem 5 (cinco) usuários na sala da enfermeira. A enfermeira é receptiva, afetiva com os usuários. Outra usuária traz uma situação de uma senhora que ficou mal na oficina. A enfermeira solicita que ela seja trazida à sala da enfermagem.

A usuária é trazida e fica numa sala anexa sentada esperando. A enfermeira fala com ela

indagando o que ela tem – diz que está com dor nas pernas, verifica a PA. A acompanhante diz que ela não tem condições de andar sozinha, que ela cai, não se sente bem. A enfermeira vê a medicação (ela toma haldol), ela acompanha a paciente à sala do médico. Retorna à sala e libera duas prescrições para familiares que estão na sala de espera. [...] A usuária diz que se sente tonta, a enfermeira pergunta: “tu falou para o doutor?”. A usuária diz que está tomando duas vezes o mesmo, a enfermeira diz: “eu vou te mostrar e coloca qual é cada uma das medicações”. Ela aceita e toma os três comprimidos. Chega um senhor (paciente do outro médico), a enfermeira explica que o psiquiatra vai fazer a receita, fala com o médico e pede para o usuário aguardar a receita (17/07/2006 – Manhã p.2 – Observador 1).

Silveira e Alves (2003) num estudo sobre o papel do enfermeiro na equipe de saúde mental afirmam que a trajetória deste profissional neste âmbito, geralmente, esteve relacionada às atividades intra-hospitalares, ou seja, prestação de cuidados físicos e gerais aos pacientes, administração de medicamentos, gerenciamento do ambiente institucional e controle do processo de trabalho da equipe de enfermagem.

No entanto, na atual conjuntura, a atuação deste profissional tem evoluído de uma postura de custódia para incorporar, progressivamente, uma abordagem psicológica e social, conferindo-lhe o reconhecimento da equipe na abordagem ao paciente, pois seu relacionamento e comunicação com o paciente, sua capacidade de ouvir e interagir contribuíram para a construção de nova identidade profissional na atenção em saúde mental (SILVEIRA e ALVES, 2003).

Conforme observado, o serviço de enfermagem tem a especificidade de um serviço integrador das demais ações, possibilitando que o processo de trabalho se dê de forma interdisciplinar, ou seja, os profissionais da enfermagem exercem atividades específicas e atividades de suporte às demais áreas (como manejo e atendimento de usuários em crise, coordenação de oficinas, acompanhamento de alguns usuários no recebimento de benefícios, etc.). Além disso a sala de enfermagem, consiste num local de referência aos pacientes e também aos profissionais que, muitas vezes dirigem-se à sala para procurar um apoio emocional por parte dos colegas de trabalho ali presentes.

O **atendimento realizado pela assistente social**, tem também finalidades específicas e de suporte. Pela especificidade do serviço social, esta intervenção enquadra-se no método indireto Ambiente Social, embora, na prática, também realiza intervenções com enfoque nas fontes de estresse do indivíduo, principalmente durante os atendimentos individuais, que no caso do serviço em estudo, se dividiam em: orientações com relação a encaminhamento de benefício, e aconselhamento psicoterápico.

O segundo atendimento individual foi sobre encaminhamento de benefício, entrou um rapaz e sua mãe, ele não falava nada, ela que respondia; [...] está desempregado já algum tempo. Foi abandonado pela esposa que o deixou com duas filhas pequenas que estão no jardim-de-infância. As filhas: uma de 7 anos e uma de 4 anos, a mais velha iniciou a 1ª. série, não conseguiu acompanhar e voltou para o jardim, tem uma senhora perto da casa dele e que ajuda a cuidar quando ele tem que sair. A assistente social perguntou se ele tinha alguma doença, algum problema, ele disse que já tinha sido internado várias vezes com “água na

pleura do pulmão” (sic) e que se sente muito mal, dores pelo corpo. A mãe dele disse que já tinha falado para ele vir antes e que ele não vinha, então resolveu vir com ele. Ela pediu para olhar a documentação dele, olhou todas as contribuições INSS que já fez e fazem 8 meses que a mãe não paga o INSS porque faltou dinheiro segundo informou. A assistente social deu as orientações necessárias, disse que ele precisa de um extrato de contribuição do INSS, explicou a diferença entre benefício previdenciário e benefício assistencial que é para quem é completamente incapacitado para o trabalho e que ele não tinha o critério para isso. Explicou que mesmo estando há 8 meses sem pagar que ainda está no direito de solicitar um laudo, mas que para isso precisa do diagnóstico do médico, assim conseguiria ficar afastado um período para o tratamento. Ela perguntou se ele já tentou se incluir em algum programa assistencial, ele disse que sim, no [programa] bolsa família, mas que ainda não recebeu. A assistente social fez uma ficha pra ele, pois embora tenha dito que já foi atendido pelo psiquiatra, não tem nenhuma ficha no CAPS.

Ela falou para ele sobre a oficina de assistência social, saúde, trabalho e previdência, indicou-o para a mesma. Perguntou o que ele achava, ele não soube responder, só balançou a cabeça, a mãe dele perguntou se esta oficina era um lugar para ele trabalhar e ela disse que não, explicou do que se tratava.

Assim os encaminhamentos foram: orientações para que pegue o extrato no INSS, agendou uma consulta com o psiquiatra e marcou para que ele vá à assistente social da Prefeitura para verificarem o porquê de não ter sido contemplado no Programa Bolsa Família (18/07/2006 – Tarde p.15 – Observador 3).

Segundo Bravo e Matos (2004) o trabalho do assistente social na saúde deve se estruturar baseado numa busca criativa pela incorporação dos conhecimentos e novas demandas emergentes na profissão, articulando princípios da Reforma Sanitária²⁹ e do projeto ético-político do Serviço Social³⁰. Segundo estes autores, o parâmetro para avaliar se as respostas às necessidades dos usuários são qualificadas ou não, deve ser o conjunto destes princípios.

As ações de assistência social como apoio e orientações no bom uso do benefício previdenciário: administração dos recursos, apoio para solução das precárias condições de vida (falta de casa, renda) (Projeto Técnico do CAPS, 2005 p.5) e geração de renda e moradias (Projeto Técnico CAPS álcool e drogas, 2005 p.9), conforme as observações, não são atividades exclusivamente organizadas e executadas pela assistente social e sim pelo envolvimento de todos os profissionais (exceto o médico): psicólogas, equipe de enfermagem, recepcionistas, profissionais da higienização, oficinairos.

16:00 Fomos ao mercado, com a auxiliar de enfermagem e a recepcionista, fazer compras para a usuária 1 e para a usuária 2, foram comprados mantimentos para as duas.

16:40 Levamos as compras da usuária 1 até sua casa, os familiares estavam sentados na frente da casa bebendo chimarrão. Ela nos convidou a entrar, sua casa fica no fundo do terreno é de alvenaria com dois cômodos e banheiro, área externa é coberta, o piso todo de lajota com ótimo aspecto de higienização (21/07/2006 – Tarde p.15 – Observador 2).

Cabe destacar que o envolvimento dos demais profissionais nas ações de assistência social é uma das evidências da existência da interdisciplinaridade como norte da organização do processo de

²⁹ A saber: saúde como direito de cidadania e dever do Estado implicando na universalização da atenção, integralidade, equidade, regionalização, hierarquização dos serviços, descentralização, gestão democrática da atenção, resolubilidade (MENDES, 1986).

³⁰ Como: liberdade como valor central; combate à desigualdade social; defesa intransigente dos direitos humanos; repúdio ao arbítrio e preconceito; defesa do pluralismo; equidade e justiça social; universalização; ampliação e consolidação da cidadania; democratização e socialização da riqueza; nova relação com os usuários e compromisso com a qualidade (NETTO, 2000).

trabalho, pois, segundo Pinho (2006) só o fato de existir a sobreposição de papéis numa equipe de saúde já demonstra uma abertura para a constituição de um modelo de equipe que já possui ou está em vias de consolidar uma atuação interdisciplinar. A autora ressalta que se trata de certa permeabilidade entre as rígidas fronteiras disciplinares que se dá pela atenção e interesse da equipe em possuir outros olhares a respeito de determinado fenômeno. Vale acrescentar que, de acordo com as observações, esta permeabilidade se dá em diferentes seguimentos do processo de trabalho da equipe do serviço estudado.

O **Atendimento psicoterápico** consiste no "atendimento psicológico individualizado ou em grupo para que [os usuários] possam manifestar seus sentimentos diante da doença e possam fortalecer seus recursos internos (PROJETO TÉCNICO DO CAPS ÁLCOOL E DROGAS, 2005 p.11)."

O atendimento psicoterápico nos Centros de Atendimento Psicossociais, geralmente, segue uma linhagem de aconselhamento, orientações psicossociais e manejo de crises. A atuação dos profissionais psicólogos nos serviços de caráter comunitário tem se constituído num desafio devido à formação nesta área (que em sua maioria, é de cunho psicanalítica) e aos limites de aplicação deste modelo analítico e de trabalho diante da demanda dos serviços públicos - nos quais o número de pacientes a serem atendidos é muito grande e o tempo disponível dos profissionais é bem limitado.

Vasconcelos (2004) afirma que o currículo dos cursos de psicologia (sobretudo os de graduação) tem se mostrado inerte com relação aos novos desafios emergentes na atuação profissional na área pública, este fato possibilita a repetição dos padrões hegemônicos de formação voltados para a prática clínica nos consultórios privados. O autor constatou, num estudo desenvolvido em 1992, que em Belo Horizonte, por exemplo, de 62 psicólogos que atuavam na rede pública de saúde no ano de 1989, 92,5% reproduziam práticas psicoterápicas psicanalíticas (45%) ou baseadas em outras correntes (47,5%) em detrimento de 7,5% que utilizavam práticas alternativas com foco na comunidade.

[...] é possível constatar uma tendência nítida dos psicólogos a reproduzirem, nos novos serviços de saúde mental, a cultura terapêutica típica dos paradigmas e dos modelos de prática associados ao consultório particular, provocando uma resistência à adoção de uma perspectiva efetivamente desinstitucionalizante, interdisciplinar e valorizadora da cidadania, da reinvenção abrangente das dimensões da existência subjetiva e social e do *empowerment*³¹ da clientela dos novos serviços (VASCONCELOS, 2004, p. 11).

Almeida (2000), ao refletir sobre a inserção do psicólogo no campo da saúde, também faz uma crítica com relação à formação destes profissionais. Afirma que o curso dá ênfase ao modelo psicodinâmico e às suas aplicações clínicas na área da saúde mental, mas deixa de lado as temáticas relacionadas à saúde pública e às questões macrossociais.

³¹Termo utilizado na literatura científica denotando empoderamento de uma população visando aumentar a autonomia e poder de participação política em processos decisórios oportunizando novas formas de enfrentamento dos seus próprios problemas (PINTO, 1998).

Soares (2005) afirma que os psicólogos, no geral, têm se caracterizado por um perfil clínico e por uma tendência a transpor o modelo da clínica particular tradicional para as instituições públicas, pois sua formação ainda está, predominantemente, vinculada ao modelo médico. Segundo esta autora, falta focar os aspectos socioculturais dos pacientes, sensibilidade dos profissionais para as questões sociais e disposição destes para atuação na comunidade. Dessa forma, ressalta que a escolha pelos profissionais que atuarão na saúde pública deveria se dar, não pela habilitação acadêmica, e sim pelo perfil da pessoa que exercerá esta profissão.

O serviço estudado conta com 5 psicólogas. Foi possível, durante as observações, acompanhar atividades e atendimentos realizados por todos eles; nestes acompanhamentos foi possível constatar que, de fato, algumas destas profissionais estão muito “aprisionadas” ao modelo tradicional de atuação e demonstravam dificuldades em desempenhar suas atividades fora do consultório. No entanto, a maioria delas, demonstrou uma prática diferenciada, realmente voltada para os aspectos psicossociais dos usuários, para a identificação de potencialidades através da atuação dentro e fora do serviço, contemplando todos os aspectos da vida do sujeito.

Uma estratégia também muito utilizada por estes profissionais, são os atendimentos em grupo, quer como possibilidade de otimização do tempo, quer por suas favoráveis contribuições na reabilitação dos usuários dos serviços de saúde mental.

Teixeira e Lima (2005) enfatizam que os grupos ou os espaços coletivos consistem em estratégias da Promoção da Saúde nas comunidades, pois os grupos estimulam os sujeitos a falarem de suas experiências pessoais propiciando a troca, a reciprocidade e a ajuda mútua, o que permite uma re-significação das próprias experiências causadoras de sofrimento. Segundo uma revisão de literatura realizada por estes autores, o trabalho em grupo tem o potencial de prover suporte emocional e real aos participantes, reduzir o risco de isolamento, estimular a troca de experiências, oferecer oportunidades para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais e, por fim, ser base para o processo de conscientização e de engajamento. Acrescentam, assim, que os grupos têm funções de apoio (proporcionam inclusão social, fortalecimento da autonomia, auto-estima e empoderamento pessoal) exercendo o papel de uma rede social.

Tendo em vista este potencial dos grupos, a demanda por atendimento em saúde mental, a partir de um sofrimento psíquico, pode e deve ser acolhida por meio da estratégia grupal (TEIXEIRA e LIMA, 2005).

No serviço estudado, como estratégia de resolubilidade à alta demanda por tratamento psicológico, foram criadas as Oficinas de Saúde Mental Coletiva que consistem em reuniões grupais com temáticas previamente definidas (programação semanal) visando o atendimento dos indivíduos que se encontram na fila de espera. Estas oficinas são coordenadas por psicólogo, terapeuta

ocupacional ou enfermeira e o agendamento é feito pelos profissionais no acolhimento (quando identificam esta necessidade) e pelas recepcionistas a partir da lista de espera e/ou de acordo com a demanda espontânea. Há um quadro fixado no mural da recepção informando as temáticas, datas, horários e respectivos profissionais que coordenarão as atividades (ver tabela 15).

DATA/TEMA	HORÁRIO	COORDENAÇÃO
SEGUNDA-FEIRA “A depressão, as perdas, os projetos de vida, o dia de hoje e a felicidade”	17:30 – 18:30	Psicóloga 2
TERÇA-FEIRA “A família, os modelos, o envelhecimento, a sociedade e a saúde mental”	9:30 – 10:30	Psicóloga 1
TERÇA-FEIRA “O trabalho, as pessoas, as drogas, os remédios, o álcool e as dependências”	13:30 – 14:30	Enfermeiras
QUARTA-FEIRA “O futuro, a juventude, o relacionamento com os pais e a sociedade”	13:30 – 14:30	Psicóloga 3
QUINTA-FEIRA “O trabalho, a ocupação, o sofrimento psíquico e as formas de tratamento”	16:00 – 17:00	Terapeuta ocupacional
SEXTA-FEIRA “O casal, o amor, o cuidado, o relacionamento e a sexualidade”	15:00 – 16:00	Psicóloga 4
AGENDE-SE: na recepção do CAPS II. Ou pelo telefone: XXXX.XXXX. Chega de sofrimento. Compartilhe sua história!		

Tabela 15 – Temas e horários de Oficinas de Saúde Mental Coletiva
(18/07/2006 – manhã p.9 – Observador 1).

Experiência semelhante é descrita por Pereira e Giordano Júnior (2000) com relação ao chamado “grupo intermediário” realizado no Programa de Saúde Mental (PSM) desenvolvido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (DMP-FMUSP) no Centro de Saúde Escola (CSE). Neste grupo são acolhidas as demandas trazidas por usuários durante o atendimento médico individual – agendado ou pronto-atendimento e se trabalha acolhendo as falas que dizem respeito a queixas vagas, insatisfações, sofrimentos e problemas da vida; os temas abordados, segundo os autores, também são semelhantes: trabalho, relações conjugais, maternidade, sobrevivência/carestia e utilização de serviços de saúde.

No entanto, para os usuários já vinculados ao serviço em estudo ou àqueles usuários com necessidade de admissão imediata, há outras opções de atividades grupais no CAPS. O Projeto Técnico do CAPS álcool e drogas (DOC-5), prevê que o **Atendimento grupal** seja realizado semanalmente em horários alternados, como um momento de expressão coletiva das angústias e demais sentimentos pessoais.

Conforme as observações, o atendimento psicoterápico grupal consiste num espaço de **escuta**, orientações, encorajamento e ajuda mútua. Teixeira e Lima (2005) acrescentam que os grupos

também se configuram em espaços de educação em saúde, desencadeando mudanças de comportamento e proporcionando engajamento e reintegração dos indivíduos no meio social.

[...] grupo da psicóloga 1, a profissional refere que o grupo existe desde 2002, antes era semanal, agora há um ano opera quinzenalmente, é composto por sete pessoas, hoje seis estão presentes, o grupo se chama saúde do trabalhador, a profissional refere que é uma proposta de apoio psicoterápico.

[...] a usuária 2 refere estar se sentindo melhor e que diminuiu o uso da medicação e que está medindo força com a depressão e pede para fazer uma oração. O usuário 1 refere estar sendo acometido de episódios alternados entre segurança e motivação para realizar algumas atividades.

O usuário 1 refere ter tido recaída nos últimos dias, sente-se fraco, com vontade de ficar encerrado no quarto ou “sair a campo caminhar”. Tentou marcar com o médico, mas não conseguiu antecipar a consulta que está marcada para setembro, sente-se com vontade de chorar sem motivo aparente, a avó de sua esposa faleceu semana passada, tinham um bom relacionamento, sente-se frágil.

Terapeuta questiona o que o grupo sugere para auxiliar o usuário 1, umas das colegas sugere que ele leve a mensagem que ele se identificou no outro encontro (21/07/2006 – tarde p.14 – Observador 2).

No grupo, de acordo com Soares (2005), há um benefício mútuo decorrente da experiência de compartilhar, de ouvir e ser ouvido e através desta troca ter a possibilidade de encontrar suporte diferente devido ao contato do indivíduo com histórias semelhantes às suas.

Costa-Rosa, Luzio, Mendes e Florezi (2004), fizeram uma reflexão sobre uma experiência de atendimento em grupo de um serviço de Saúde Mental Coletiva num município do Estado de São Paulo. Segundo os autores, a formação deste grupo se deu como uma estratégia para “desmontar” as filas de espera propiciando uma prática coletiva de problematização das demandas iniciais que motivaram os usuários a buscar atendimento no serviço. Afirmam que neste grupo ocorriam vários movimentos como: o desafio de falar e expressar a própria dor diante do outro, escutar a dor alheia, indagar-se acerca de si, dos outros e do mundo. Além disso, o grupo propiciou a identificação dos usuários com seus companheiros pois muitos sintomas e problemas verbalizados eram comuns a alguns dos outros membros do grupo.

Estes aspectos identificados, de acordo com Costa-Rosa, Luzio, Mendes e Florezi (2004), são de grande relevância considerando que a compreensão mais abrangente das causas e consequências do sofrimento psíquico pode advir da inter-relação das vivências destes indivíduos, ademais, ressaltam que o grupo, além de possibilitar uma modificação em seus integrantes, também é modificado por eles.

Os grupos estruturados no serviço de saúde mental de Alegrete/RS, de acordo com as observações são: grupo de obesos (semanal), grupo de medicação (semanal), grupo dependentes químicos (duas vezes por semana), grupo de familiares (quinzenal) e grupo dos intensivos (semanal) - todos com objetivos terapêuticos, de convivência e auto-ajuda.

As observações evidenciaram que os grupos, de forma geral, se dão em locais amplos e confortáveis, são utilizadas dinâmicas diversificadas e aconselhamentos pertinentes por parte dos

coordenadores; além disso, a participação dos usuários nestes grupos demonstrou ser espontânea; com relação ao papel de facilitador, no que diz respeito ao desempenho dos profissionais, ficou evidente que alguns têm mais afinidade que outros no desempenho de tal atividade.

Com relação especificamente ao grupo CADEQ, do qual participam apenas indivíduos sob tratamento pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, cabem algumas observações:

- O grande número de participantes foi um fato surpreendente, vale destacar que o horário deste grupo (19hs) é um fator que favorece o grande número de usuários que o freqüentam, pois mesmo os sujeitos que trabalham durante o dia têm a oportunidade de participar do grupo;
- A condução do grupo era centrada em falas explicativas sobre efeitos e conseqüências do uso abusivo de drogas, nenhuma dinâmica de grupo foi utilizada pelo coordenador
- Poucos usuários se manifestavam durante o grupo, sempre os mesmos falavam e os que não se manifestavam também não eram incentivados a fazê-lo.
- Em alguns momentos evidenciaram-se falhas na condução do grupo, momentos em que os mesmos usuários falavam entre si e mudavam o foco das discussões, o coordenador demonstrou, portanto, dificuldades no sentido de manter este foco e de estender a discussão para os demais membros do grupo.

Cabe ressaltar que o único grupo que é específico para os usuários álcool e drogas é o grupo CADEQ, que é coordenado sempre pelo mesmo profissional que se utiliza sempre da mesma técnica; fato que compromete a expressão de muitos destes pacientes e que, certamente há de refletir-se na evolução terapêutica dos mesmos.

Contudo, no tocante à resolubilidade deste e dos demais grupos descritos neste trabalho, não temos subsídios suficientes para confirmá-la ou não, este aspecto demandaria estudos mais aprofundados, com um acompanhamento maior (com relação ao período) e mais focado nas atividades grupais propriamente ditas e complementado por dados quantitativos que permitiriam uma análise mais abrangente sobre os resultados dessa prática.

As **oficinas**, assim como os atendimentos em grupo, são espaços coletivos proporcionados pelo serviço de saúde mental que favorecem a interação entre o usuário e o profissional e entre os próprios usuários. Além disso, constituem-se em oportunidades de expressão, introspecção e auto-descoberta.

Segundo Mello (s/d), há três grupos de significados para a prática das oficinas, sintetizados em três idéias:

- a criação artística e a experimentação como motor da terapêutica;
- um espaço para a realização de trabalhos manuais e/ou mecânicos visando à ampliação da

capacidade relacional dos sujeitos;

- a promoção de interação, socialização e convivência entre os atores envolvidos.

Para Tavares (1997) uma oficina terapêutica que usa a arte como pretexto para a interação é caracterizada, marcadamente, pelo processo criativo. Destaca que a arte, por si só, é uma mudança de padrão, portanto, como terapia tem o papel de promover a mudança do padrão, seja comportamental, sentimental ou de uma sensação experimentada pelo usuário. Destarte, ressalta que o espaço da oficina de arte funciona como ambiente terapêutico que pode auxiliar o paciente em seu auto-desenvolvimento como ser humano, no auto-cuidado com sua saúde e oferecer-lhe condições para expressar sua energia estruturante e curativa do *self*.

O Projeto Técnico do CAPS álcool e drogas (DOC-5) preconiza que as **oficinas terapêuticas** ocorram diariamente promovendo atividades de reabilitação. De acordo com as observações estas oficinas se dividem em: oficina de artesanato (confecção de tapetes, *edredons*, guardanapos e cartões de aniversário), oficina de alfabetização, oficina de *yoga*, oficina de capoeira, oficina de teatro, oficina de atividade física, oficina de canto e oficina de pintura em tela.

As oficinas terapêuticas, segundo o Projeto Técnico do CAPS (DOC-1), visam à recreação e o estímulo à criatividade dos usuários, bem como o aprendizado e treinamento de habilidades que podem ser utilizadas para o trabalho.

Tavares (1997) ao relatar a experiência de coordenação de uma oficina de artes num serviço de saúde mental afirma que as intervenções instrumentalizadas por dispositivos artísticos contribuíram para que os pacientes pudessem reportar-se favoravelmente a si mesmos e aos demais, auxiliaram os mesmos no estabelecimento de relações sociais e no fortalecimento do seu poder de contratualidade.

Mello (s/d) corroborando com esta asserção ressalta que, além de funcionar como espaço terapêutico, as oficinas também se constituem como estratégia de promoção da cidadania.

As **Oficinas socioterápicas**³²: "Têm sido realizadas através da participação de usuários em atividades sociais como viagens, ações ecológicas desenvolvidas pela comunidade, ações em saúde, etc. (PROJETO TÉCNICO DO CAPS, 2005 p.9)".

Valladares, Lappann-Botti, Mello, Kantorski e Scatena (2003) afirmam que quando uma das funções da oficina é a intervenção no campo da cidadania através da atuação no âmbito social, tal atividade constitui-se numa possibilidade de transformação da realidade do sujeito sob tratamento.

As oficinas terapêuticas são atividades de encontro de vidas entre pessoas em sofrimento psíquico, promovendo o exercício da cidadania a expressão de liberdade e convivência dos diferentes através preferencialmente da inclusão pela arte. Essas referidas oficinas já apareceram ao longo do processo histórico da psiquiatria, mas tinham um objetivo diferenciado do referencial da reabilitação psicossocial. Atualmente vem se constituindo através de princípios específicos, ou seja, a partir da reinserção das pessoas em sofrimento

³²Embora todas as oficinas previstas pelos documentos objetivem uma função terapêutica, os próprios documentos fazem uma separação entre oficinas terapêuticas e oficinas socioterápicas, por isso foi preservada tal separação nesta apresentação.

psíquico, mas respeitando a singularidade de cada instituição, de acordo com suas peculiaridades e regionalidades (VALLADARES, LAPPANN-BOTTI, MELLO, KANTORSKI E SCATENA, 2003, p.6).

Assim, as oficinas enquadram-se no Método Indireto Promoção da Saúde, pois consistem em atividades centradas em mudanças dos hábitos dos usuários visando a melhoria da qualidade de vida.

Não obstante, as oficinas são tanto estímulos à criatividade, recreativas, educativas e terapêuticas quanto importunas, triviais, maçantes e por conseguinte não-terapêuticas, de acordo com o momento, evolução, personalidade e desenvoltura do usuário bem como a diversidade de opções e sistematização destas atividades.

Decorre que, de acordo com as observações, as oficinas não contam com um planejamento e avaliações periódicas e específicas. No geral, são definidas e avaliadas anualmente dentro do conjunto que envolve as demais atividades do serviço, e os respectivos facilitadores (oficineiros) é que são responsabilizados pela condução das atividades e pela adesão dos usuários.

Cabe uma problematização: mesmo um indivíduo que tenha excelente afinidade pela confecção de produtos artesanais, por exemplo, a prática repetitiva desta atividade por um longo período de tempo, pode exercer, ao invés de um papel terapêutico, uma função alienante; e considerando que a função terapêutica central de um processo de reabilitação psicossocial é, segundo Saraceno (1999), aumentar o poder de contratualidade do usuário, a alienação se contrapõe, então, ao objetivo geral.

Ressalta-se, portanto que a concepção do que há de terapêutico nas oficinas é algo muito subjetivo, singular e transitório; cabe então, uma avaliação particularizada, focando apuradamente cada paciente no intuito de apreender no que determinada atividade pode e/ou está auxiliando tal indivíduo e o grupo. Daí a importância da revisão periódica do PTI, não de uma forma generalizada (ou seja, apenas definindo de qual das oficinas o paciente irá participar), mas sistematizando objetivos específicos a cada atividade e definindo prazos para averiguação dos respectivos resultados.

As **Atividades educativas** estão inseridas nas diversas intervenções do serviço estudado, tanto as de caráter individual quanto as de caráter grupal; no entanto, também por questões teóricas, estas são enquadradas no Método Indireto Estratégia de Promoção da Saúde dentro do qual podemos citar a oficina de alfabetização:

Acompanhei a oficina de alfabetização, com mais ou menos 20 pessoas, a professora passava lições na lousa, os alunos conforme iam terminado perguntavam se suas lições estavam corretas. A sala é ampla, com 3 mesas grandes, alguns alunos ficam um tanto dispersos. Mas a maioria estava bastante concentrada. A professora é muito empenhada e interage muito bem com os usuários.

A atividade seguinte foi que os usuários pegassem os livros da biblioteca e encontrassem uma palavra diferente para procurarem no dicionário, ela apresentou a eles o dicionário, agora tinha mais ou menos 5 alunos, os outros deram um intervalo para tomar sol. Ficaram mesmo os mais empenhados. Eles estão montando uma biblioteca a partir de doações.

[...] A professora explicou sobre a biblioteca, que eles tinham que pegar os livros para consultar, que podiam levar para casa e trazer no outro dia, explicou o que é pesquisa, falou

que mesmo as pessoas que não sabem ler terão uma outra mensagem ao folheá-lo.

A atividade para casa era pegar um livro em casa, abrir e descobrir sobre o que o livro fala; mesmo quem não sabe ler que pergunte para alguém e fale amanhã.

Uma usuária pediu para levar um livro, ela anotou o nome dela no papel e confirmou o compromisso de que ela traga o livro de volta amanhã.

Uma usuária que não sabe ler, simulou que estava lendo, a professora ouviu atentamente, quando ela terminou falou que esse tipo de leitura que ela fez era um tipo de interpretação, pois ela está aprendendo, e quando vemos a figura imaginamos o que está acontecendo consiste numa interpretação.

Alguns usuários pegaram os livros. Ela explicou o que é um sumário e para que serve.

A professora pegou uma folha e pediu que cada um colocasse (ou dissesse quem não sabia ler) uma palavra sobre o dia do amigo, alguns colocaram: é tudo, boa, é uma grande coisa, ela ia incentivando eles a falarem, o usuário 2 disse: alegria. [...] Outro usuário (3) disse que todo mundo é amigo.

Uma das usuárias pegou uma espécie de cartilha e lia alto, um tanto rápido, “encrencava” em algumas palavras, mas lia muito bem (percebia-se que recém tinha se alfabetizado).

Num dado horário os que fizeram intervalo retornaram sem que ninguém chamasse, mas quando dentro da sala, uma turminha que estava mais no fundo começou a fazer bagunça, dispersos. A professora foi até lá, chamou a atenção deles. Percebo que a professora procura estimular e motivar os que ainda não sabem ler.

Em seguida ela passou uma “continha” [conta de matemática] na lousa. Ela explicou que os livros, escrita e desenho, trazem aprendizado de leitura e de números também, como contas, por exemplo. Uma usuária pegou um livro que tinha vários desenhos de xícaras, ela começou a contar o número de xícaras.

[...] As 15h15m eles guardaram o material na pastinha e entregaram para a professora que lembrou que amanhã tem aula de novo, a usuária 3 diz que amanhã só vai pintar, a professora concorda e vai anotando o nome das pessoas que vão levar livros emprestados (20/07/2006 – Tarde p.26-27 – Observador 3).

Oliveira (2005/2006) afirma que nossa relação com o mundo se dá pela comunicação através da palavra falada e escrita, portanto, a leitura constitui-se numa forma de comunicação entre os sujeitos em suas práticas sociais. A autora acrescenta que a escrita da palavra é uma referência do processo de conhecimento, e conseqüentemente constitui-se numa forma de poder, de modo que os que são destituídos do domínio da palavra escrita sofrem discriminação e exclusão social.

Cabe portanto, ressaltar a importância da oficina de alfabetização como uma das atividades educativas incluídas no processo de reabilitação dos indivíduos portadores de sofrimento psíquico e/ou sujeitos sob tratamento pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, tendo em vista que o modelo prático/conceitual adotado por este serviço tem como foco principal o resgate da cidadania dos usuários através do aumento do seu poder de contratualidade, conforme preconização das atuais políticas de saúde mental no país.

A cidadania envolve questões de desenvolvimento social, democracia e autonomia. O entendimento de autonomia deve ser o de possibilidade de decisão e escolha sem haver coerção por parte de outras pessoas. Por conseguinte, o processo de emancipação e resgate da cidadania se dá, primeiramente, através da educação que culminará no desenvolvimento social (MARIANI, s/d).

Os indivíduos portadores de sofrimento psíquico e/ou com problemas relacionados ao uso de drogas constituem um grupo notavelmente discriminado na sociedade ocidental contemporânea; tal discriminação se dá pautada no descrédito, na idéia de periculosidade e incapacidade – estigmas que

limitam as oportunidades de relações confluindo num processo de exclusão social.

Mariani (s/d) considera a educação como o principal aspecto do desenvolvimento humano, ressalta que o processo de alfabetização requer respeito à diversidade da condição do aluno e que cabe à sociedade civil sinalizar os grupos de exclusão para que haja mobilização do meio acadêmico a fim de desenvolver projetos educativos que contribuam para o resgate da cidadania e inclusão social.

Considerando a totalidade destes aspectos, vislumbra-se que a introdução de atividades educativas nas práticas interventivas do referido serviço de saúde mental consiste numa estratégia de empoderamento (*empowerment*) dos sujeitos sob tratamento, além disso constitui-se numa ação social que, certamente, há de refletir-se na auto-estima destes indivíduos.

O *empowerment* consiste numa estratégia de intervenção do campo da Promoção da Saúde que reconhece que a falta de empoderamento consiste num fator de risco à saúde do indivíduo. Destarte, tal estratégia prevê o aumento do poder e autonomia no tocante às relações interpessoais e institucionais de indivíduos e grupos sociais, sobretudo àqueles em situações de vulnerabilidade, ou seja, submetidos a relações de dominação, opressão e discriminação (TEIXEIRA E LIMA, 2005).

Convém apontar que esta postura adotada pelo serviço - sobretudo pelos profissionais responsáveis especificamente pela alfabetização - configura-se num ato político em prol de uma transformação social no sentido de convívio e respeito às diferenças; ademais, demonstra a crença de que os comprometimentos individuais decorrentes do sofrimento psíquico não se constituem em impedimentos para o aprendizado.

Uma importante atividade educativa também efetivada pelo serviço sob estudo é a **educação física**, pois integra em suas atividades tanto objetivos educativos quanto recreativos. No serviço estudado, as atividades oferecidas relacionadas à atividade física são, jogos, ginástica, relaxamento, caminhadas, capoeira. Todas as manhãs os usuários são convidados a realizar um alongamento ao ar livre numa praça que há em frente ao serviço; às quartas-feiras há uma oficina de capoeira

08:50 após o café alguns usuários vão realizar atividade física coordenada pelo oficineiro 1 (estagiário do curso de educação física) com participação da oficineira 1, são feitas várias séries de alongamentos, alternados com exercícios de relaxamentos. Todos parecem se divertir e adorar o momento da atividade que tem duração de trinta minutos, depois são convidados a participarem da oficina de capoeira que será realizada no salão, oito usuários formam a roda junto com os oficineiros e treinam a ginga e alguns golpes, é muito divertido (19/07/2006 – Manhã p.6 – Observador 2).

Além dos objetivos educativos e recreativos, as atividades físicas contribuem no tratamento dos usuários, tendo em vista os comprovados benefícios dos exercícios para o bem-estar físico e mental das pessoas e melhoria da qualidade de vida.

Neste sentido, Vieira, Porcu e Rocha (2007) realizaram um ensaio clínico com o objetivo de investigar a efetividade da prática de exercícios físicos regulares como terapia complementar ao tratamento de mulheres com depressão. A conclusão do estudo desenvolvido por estes autores

apontou que as pacientes que praticavam exercícios físicos regulares associados ao tratamento convencional para depressão tiveram uma melhora significativa em relação às que não praticaram exercícios; evidenciando que tal prática pode ter influências positivas como complemento no tratamento da depressão. Os autores ressaltam, no entanto, que os exercícios físicos regulares devem ser mantidos, pois após 6 meses de interrupção destas práticas, os efeitos que elas tiveram sobre os sintomas depressivos desapareceram.

Portanto, evidencia-se que a atividade física consiste num importante instrumento para a melhoria da saúde pública e, portanto, útil para o tratamento e prevenção de diversas enfermidades; logo pode ser uma medida efetiva a utilização de tal instrumento como auxiliar na prevenção e tratamento do sofrimento psíquico, ademais como uma estratégia de promoção de qualidade de vida (PELUSO e ANDRADE, 2005).

O serviço estudado conta com atividades que proporcionam, dentre outros benefícios, o lazer dos usuários (o que é entendido como uma necessidade primordial para proporcionar qualidade de vida ao cotidiano dos usuários), de modo que tais ações têm seu espaço nas diversas intervenções do serviço como os grupos, oficinas, festas comemorativas, viagens e passeios. Além disso os usuários podem assistir televisão durante o horário do almoço, atividade que lhes proporciona oportunidade de se atualizarem sobre a realidade local e sobre as notícias do âmbito regional e nacional; este espaço (um *hall* que comunica o corredor da entrada com as demais dependências do serviço, organizado com poltronas e uma televisão grande) é utilizado também pelos usuários para conversarem sobre os acontecimentos.

Conforme observado, estas atividades, aparentemente de cunho recreativo ou de entretenimento, na verdade constituem-se em importantes estratégias para expressão do usuário, melhorias da auto-estima e mesmo em mote para ações de caráter educativo ou de orientação psicossocial; ocorrem, também, através de interações com os demais serviços que compõem a rede, exemplo disso foi o teatro apresentado no CAPS II pelos usuários do CAPSi.

O teatro ocorreu no andar de baixo, todos os usuários foram convidados e de fato quase todos estavam presentes, [...] os adolescentes do CAPSi que fizeram o teatro são do Projeto Adolescer Teatro. Eram três gurias (que são irmãs), e dois guris que representaram. Acompanhavam dois profissionais do CAPSi, um monitor e mais dois guris que não identifiquei se eram profissionais ou usuários do CAPSi (as duas profissionais que acompanhavam o teatro eram bastante jovens).

Segundo a psicóloga 1 todos aqueles adolescentes/crianças tinham “problemas com a lei” (sic).

O teatro mostrava um casal caipira e três filhos. O marido chegava da roça e conversando com a esposa ela olhava um álbum de fotos e relembando brigas que já tiveram, cada briga lembrada era encenada com a utilização de uma música.

Os usuários do CAPS assistiam atentos, se emocionaram/agitaram-se e riram muito com a briga do casal, principalmente quando a esposa deu um tapa no marido.

Um usuário que nunca vejo conversar com ninguém observava atento e sorria.

[...] Numa determinada cena, numa das brigas o pai pediu ajuda para os filhos para reconciliar-se com a mãe. E no final do teatro, houve uma reconciliação final do casal, que se

abraçou, todos bateram palmas, exaltados, o usuário 4 falou alto “a paixão é forte”. Todos foram convidados a dançar forró, alguns dançaram, outros só observavam. Os usuários da oficina da psicóloga 1 foram convidados a subir (21/07/2006 – Tarde p.34 – Observador 3).

A Oficina de Saúde Mental Coletiva que ocorreu logo em seguida, tinha como tema “Casal, relações, cuidado, amor e sexualidade” e a discussão sobre o teatro serviu como “disparador” para esta oficina. Outro exemplo foi uma oficina realizada por uma psicóloga, durante o período de observação, que se utilizou de brincadeiras para refletir sobre os cuidados com o corpo e interesse pela auto-imagem e auto-estima:

09:30 horas - Ingresso na oficina coordenada pela psicóloga 2, que está trabalhando com a dinâmica do jogo da verdade, onde se gira uma garrafa pet no centro de um círculo formado pelos usuários e funciona da seguinte maneira quando a garrafa pára o fundo do pet indica quem faz a pergunta, e o bico, quem responde. A pessoa pode passar a questão se não quiser responder, e o princípio do jogo é que a resposta seja verdadeira. Os usuários encontram-se bem descontraídos, interação de maneira tranquila e harmoniosa. Sou convidado a participar da dinâmica e aceito, após girar a garrafa o usuário 5 pergunta pra usuária 4 se ela tomou banho, e diz que sim (20/07/2006 – Manhã p.9 – Observador 2).

Observa-se que as atividades recreativas, bem como outras ações do serviço como os grupos e oficinas, passeios, festas e atividades realizadas dentro das oficinas, são atividades que contribuem para a integração dos usuários e estimulação da capacidade para a convivência social e no mundo do trabalho – ações do Método Indireto Ambiente Social previsto pelo Planejamento 2006 (DOC-3) e Projeto Técnico do CAPS (DOC-1).

Pensar as intervenções de um modo estático, muitas vezes não permite a visualização da dinamicidade do cotidiano do serviço, cabe, portanto, um adendo para falar de ações que acabam por se tornarem também terapêuticas embora em espaços e situações não-formais, como os corredores do serviço, o pátio, o refeitório.

Os usuários intensivos recebem alimentação diária no CAPS. Mais do que satisfazer uma necessidade fisiológica, esta atividade, acompanhada por profissionais, também se constitui numa oportunidade de integração e treinamento de habilidades cotidianas. Pelos pátios e corredores que circulam os usuários circulam também os profissionais e, sobretudo duas psicólogas responsáveis pelos usuários intensivos - quando não estão em atendimento individual ou atividades grupais. Circulam, conversando, fazendo intervenções e manejo pelos corredores utilizando-se destes espaços mais coletivos também como possibilidade de oferecer cuidado.

Tanto nestes espaços informais como nos formais (oficinas, grupos, etc.) se efetivam o manejo de pacientes em situações de crise (agressividade, crises conversivas, convulsivas, brigas entre usuários, entre outros.). Estas situações são contornadas pelos profissionais que estiverem disponíveis no momento e, durante as observações foi constatada a participação dos diferentes profissionais, independente de seu nível de formação.

15:20 horas – Fui até a recepção e lá estava a técnica de enfermagem substituindo a

recepcionista que havia saído. Nisto uma usuária vem dizendo que “o usuário 6 convulsionou”, corremos até a sala de espera e o paciente está caído no chão, ela fala com ele, orienta-o, e ajuda-o a sentar no banco. Vai buscar a medicação (carbamazepina³³ VO, fenobarbital³⁴). Tem uns 8 usuários em volta, a técnica de enfermagem tranqüiliza o usuário 6 e dispersa os que estão assistindo (17/07/2006 – Tarde p.6 – Observador 1).

O usuário 7 estava muito agitado, entrava, saía, não parava, num dado momento, no término da oficina, começou a falar que ia pegar uma faca e ia se matar, repetiu várias vezes e fez uma crise conversiva. A professora e mais dois usuários ajudaram a segurá-lo, o usuário 8 disse: dá um pouco de água para ele, e pegou um copo com água e jogou no rosto dele. A professora chamava-o e dizia que o café já estava pronto, que ele precisava tomar café. Os usuários o levantaram e levaram-no para a sala da enfermagem, quando chegaram lá ele se sentou e o usuário 8 disse que ele estava se fingindo, ele ficou nervoso e perguntou se o outro não estava vendo que ele estava mal, ia se matar... aquele usuário que estava no pátio sozinho e entrou para a sala e sentou-se num cantinho, parece que está o tempo todo rindo e falando sozinho, quando o usuário 7 o viu se enfureceu porque achou que ele estava rindo dele, a professora disse que não era verdade, ele saiu dali devagar (20/07/2006 – Tarde p.27 – Observador 3).

Os espaços de intervenções no serviço, de acordo com os documentos, não devem se restringir ao âmbito ambulatorial e sim contemplar os ambientes: domiciliar, comunitário e hospitalar; ou seja, a equipe deve atuar em todos os aspectos da vida dos usuários visando uma integralização das ações em prol de melhorias na qualidade de vida dos mesmos.

Convém, no entanto, esclarecer que percebemos que no espaço do CAPS é realizado o atendimento ambulatorial. Apesar disso a classificação deste cuidado como Método Direto requer certa cautela, tendo em vista que os usuários submetidos a este tipo de atendimento no nível ambulatorial recebem intervenções que extrapolam o ambiente físico do CAPS, como as visitas (domiciliar e hospitalar), o acompanhamento nas compras, por exemplo. As intervenções fora do espaço físico do CAPS são previstas por todos os documentos que embasam as práticas do serviço, mas só algumas delas foram confirmadas pelas observações.

Uma das observações deste tipo de intervenção foi a visita e acompanhamento familiar, que inclui as ações de suporte e orientação de familiares, acompanhamento do próprio usuário em seu domicílio (residência terapêutica, residências assistidas, moradia individual ou familiar) abordando aspectos de auto-cuidado, administração do recurso financeiro e cuidados com o lar, atendimento em crise, administração de medicação, escuta (de usuários e familiares) – intervenção do método indireto Ambiente Social.

O deslocamento levou mais ou menos 15 minutos, ao chegarmos lá ele [usuário 9] parecia um pouco agitado, mas orientado. A cuidadora, mãe refere que nos dois últimos dias o usuário 9 começou a ficar um pouco alterado, mas que sempre próximo ao dia de medicação [medicação de depósito] ele fica assim, mas depois fica tudo bem, a psicóloga pergunta por que ele não tem ido nas consultas com ela, o usuário 9 conversa e promete que irá na próxima, ela questiona como ele tem passado e se sentido, ele responde estar bem [...] Eles pactuam um encontro no CAPS para o dia 24/07, ele concorda e se compromete de ir, a mãe

³³A carbamazepina é um bloqueador dos canais de sódio das membranas dos neurônios; é utilizado, geralmente no tratamento do transtorno bipolar, na síndrome de abstinência alcoólica e como anticonvulsivante.

³⁴Barbitúrico geralmente utilizado como antiepiléptico ou sedativo-hipnótico.

diz que irá cobrar dele. A auxiliar de enfermagem administra a medicação [...] A psicóloga informa sobre a importância do acompanhamento terapêutico nos encontros quinzenais, todos se despedem e vamos embora para o CAPS. A visita durou cerca de trinta a quarenta minutos (19/07/2006 – Tarde p.7 – Observador 2).

Outra intervenção voltada para os usuários do CAPS, mas que extrapola o espaço físico do serviço, que foi observada corresponde à visita, feita por de alguns profissionais, aos usuários que são submetidos à internação hospitalar. Esta atividade tem grande relevância no sentido de acompanhar o usuário num momento crítico de seu tratamento, possibilitando um fortalecimento do vínculo profissional x usuário, além de se constituir numa ação que expressa cuidado e preocupação com o indivíduo e possibilita a interação entre os profissionais dos diferentes serviços: hospital e CAPS.

Antes de entrarmos no hospital ela [psicóloga 3] passou numa venda e comprou uma bolachinha *waffer* e um refrigerante grande para levar para o usuário 10. Segundo ela tem que ser dessas bolachas “molinhas” porque senão ele não consegue comer, pois não tem os dentes.

O usuário 10 é um senhor de 65 anos, com diagnóstico de depressão crônica e poliqueixoso, segundo ela sua estrutura familiar é bastante complicada, e há uma rejeição por parte da esposa e dos filhos. Disse que dessa vez queixava-se muito de insônia e que fora internado para fazer uma “sonoterapia”. Ele baixou na Santa Casa na segunda-feira passada, ou seja, há uma semana. [...] Os quartos da unidade psiquiátrica possuem janelas comuns, sem grades, apenas com telas (como todos os outros quartos); estão situados no andar térreo; há uma sala de recreação (onde há apenas uma televisão e cadeiras). Os fundos dão para um pátio onde os pacientes tomam sol, fumam e tomam chimarrão [...] Quando entramos no quarto o usuário 10 estava deitado na cama e não demonstrou nenhum sentimento quando nos viu. A psicóloga 3 incentivou-o a levantar-se para conversar conosco e me apresentou a ele. Com a ajuda dela ele se levantou e sentou-se à beira da cama [...] A psicóloga 3 perguntou como ele estava. Sua fala é quase incompreensível. Com dificuldade disse que não estava bem, que não conseguia dormir, no entanto a técnica de enfermagem, uma usuária [do CAPS que estava internada ali também] e uma outra paciente já os haviam dito que ele roncara a noite toda.

A psicóloga 3 perguntou sobre sua netinha e ele disse que ela tinha nascido, [...] e disse que ela era muito bonita, “pequeninha igual à mãe, o nariz bem pequenininho”. A psicóloga 3 ofereceu-lhe bolacha, ele disse que estava sem fome, mas comeu uma bolacha e bebeu um pouco de refrigerante. Depois ela o convidou para irmos ao pátio um pouco. Ele voltou a falar da neta, mas acrescentou: “o que adianta, eu nem vou ver ela se criar” dizendo que vai morrer, que está mal. A psicóloga 3 disse que ele vai sim ver a neta crescer. Ele aceitou sair um pouco para o pátio (17/07/2006 – Manhã p.2-4 – Observador 3).

Este episódio exemplificado, bem como a asserção anterior trazem à reflexão o conceito de acompanhamento terapêutico que, segundo Varela, Lacerda e Madeira (2006) consiste em estar com o usuário tanto dentro quanto fora dos “pontos referenciais”. Estas autoras ressaltam que, esta questão destaca a necessidade da “circulação” como fator primordial para a reorganização do sujeito; “circulação” esta que possibilita a criação e encontro de novos pontos permitindo a ampliação do espaço social e afetivo dos usuários (ampliação da rede social).

Dessa forma, a função do acompanhante terapêutico viabiliza a construção de mediações entre os territórios de circulação do sujeito sob tratamento através de estratégias que possibilitam a ampliação de “trocas” entre o indivíduo e a sociedade (VARELLA, LACERDA e MADEIRA, 2006)

Considerando estes aspectos do processo de reabilitação psicossocial, entende-se que as

práticas adotadas pelo serviço estudado estão pautadas na filosofia de que todos os profissionais envolvidos no processo atuam também como acompanhantes terapêuticos, ou seja, Acompanhante Terapêutico (AT) não é um profissional distinto, e sim um modo de intervenção que pode ser adotado por quaisquer profissionais do serviço.

No acompanhamento terapêutico o espaço público consiste no principal local de ação, uma vez que esta modalidade de atenção visa, através de estratégias de enlace social, à circulação do usuário no dia-a-dia.

[...] o dispositivo do AT se insere além do espaço estrito dos estabelecimentos de saúde, ao realizar uma “clínica sem muros” na qual o *setting* terapêutico se configura a cada incursão no espaço urbano. Em outras palavras, é interessante investir no dispositivo do AT, seja em sua potência clínica de intervenção com usuários, familiares e redes sociais; seja em sua potência analisadora do próprio movimento da Reforma Psiquiátrica (DIMENSTEIN, 2006 p. 74).

Campos (s/d), comentando sobre a proposta de “cuidar em liberdade” como preconização da Reforma Psiquiátrica, destaca que é necessário o trabalho intersetorial envolvendo os diversos dispositivos do território tendo em vista que grande parte da demanda não se enquadra especificamente (e/ou unicamente) nos critérios de um determinado serviço; urge a necessidade de transformação das regras e normas da hierarquização, bem como flexibilidade na atenção a estas demandas, isto é, disponibilizar “vários braços para acompanhar o usuário onde for necessário. Discutir os casos, visitar e atender no domicílio, prestar atendimento ambulatorial, facilitar e monitorar convivências, oficinas e trabalho (CAMPOS, s/d, p.4)”.

Enfim, um dos aspectos avaliativos de grande relevância com relação à Reforma Psiquiátrica, consiste em como os serviços e equipes multidisciplinares têm exercido a **responsabilização pelo usuário**, uma vez que as funções dos profissionais ou serviços não são capazes de delimitar o enfoque, apenas as frestas e complementaridades necessárias, possibilitando vislumbrar as contribuições que seu núcleo de formação permite dar considerando um processo de trabalho organizado na lógica de uma rede (CAMPOS, s/d).

No CAPS II de Alegrete/RS espaços específicos para a expressão dos usuários, profissionais e familiares sobre o funcionamento do serviço são garantidos, conforme o Projeto Técnico do CAPS (DOC-1), Planejamento 2006 (DOC-3) e Projeto Técnico CAPS álcool e Drogas (DOC-5), que prevêem reunião com usuários, reunião com familiares e assembléias com usuários, familiares e profissionais.

Em se tratando de um serviço com enfoque psicossocial que tem como objetivo principal o resgate da cidadania do sujeito, a criação de espaços democráticos de decisão tem um papel fundamental tanto como incentivo à expressão da vontade coletiva como exercício de atuação em espaços-públicos através da apropriação da palavra – que de acordo com Freire (2005) é condição básica para a humanização do sujeito.

Agências internacionais de cooperação ao desenvolvimento têm apontado a necessidade de

atenção especial aos direitos, à cidadania e à participação na formulação e implementação das políticas nacionais e locais, ademais, uma urgência em “aprofundar a democracia” através da garantia de maior participação dos cidadãos e sociedade civil nos processos decisórios, logo, o estabelecimento de novas relações entre gestores e cidadãos (SHANKLAND, CORNWALL, FLEMING, GAVENTA e NIERRAS, 2006).

Destarte, essas reuniões e assembléias que contam com a participação dos diferentes atores sociais envolvidos no processo de reabilitação, teoricamente, além de garantir o direito de voz e participação com relação às normas e funcionamento do serviço, consistem num espaço que incita os usuários ao exercício da participação e atuação política; fato de grande relevância tendo em vista que, de acordo com Shankland, Cornwall, Fleming, Gaventa e Nierras (2006), uma sociedade civil ativa é um dos fatores favoráveis para “aprofundar a democracia”.

No entanto, de acordo com as observações registradas, estas reuniões e assembléias não são realizadas com a periodicidade proposta pela própria equipe, o que denota que os profissionais não têm tal atividade como prioritária. Além disso, em alguns momentos do período de observação, os pesquisadores foram abordados por alguns usuários, como porta-vozes de demandas e reivindicações relacionadas ao tratamento e dinâmica de funcionamento do serviço. Dentre estas reivindicações, a necessidade de mais assembléias com a presença da coordenadora do serviço foi destacada por alguns usuários.

As assembléias considerando que, teoricamente, contam com a participação de usuários, familiares e profissionais, consiste numa esfera aberta à problematização das práticas e dinâmica do funcionamento do serviço. Espaço este que assume importância pois **pode** se constituir, também, numa estratégia de empoderamento dos usuários do serviço que, em decorrência do modelo médico vigente na maioria dos serviços de saúde, sempre esteve submetida à condição de sujeitos passivos, que recebiam os cuidados sem questionamentos e, deviam agradecer pelo atendimento (bom ou ruim) para que não sofressem represálias no caso de necessitarem de novo atendimento. Isto é, deveriam portar-se como “corpos dóceis”, utilizando-se o termo de Foucault (2001): disciplinados, previsíveis e submissos.

A partir da proposta de desconstrução deste modelo, são preconizados espaços públicos que proporcionem o empoderamento e, sobretudo, o reconhecimento pelo próprio usuário e familiares do direito que possuem de participar das decisões, interferir, criticar e fazer exigências com relação ao processo de trabalho e práticas voltadas à sua reabilitação.

Logo, a efetivação de reuniões e assembléias nos moldes preconizados pelas propostas da reforma psiquiátrica, pode significar uma ameaça ao poder profissional e à ordem estabelecida pelas decisões tomadas nas reuniões de equipe. Cabe ressaltar, no entanto, que a simples garantia da

realização destas assembléias na periodicidade adequada não garante que as mesmas tenham o papel que se pretende num serviço com enfoque no resgate da cidadania, pois as relações de poder podem se dar de modo camuflado e silencioso, expresso tanto nas formas de condução destas atividades, quanto no relacionamento diário entre usuários, familiares e profissionais que podem, também, produzir intimidações, repressão e afirmação da permanência da ideologia de opressão nas práticas profissionais.

Costa-Rosa (2000), ao descrever as características que diferenciam o modo psicossocial do modo asilar, descreve que enquanto no modo asilar existe um espaço de relação entre doentes e sãos, entre a razão e a insensatez, a sabedoria e a ignorância; no modo psicossocial, em oposição, há a proposta de um espaço de diálogo estabelecido entre o cliente, a população e a equipe, isto é, neste novo modelo o poder decisório se dá através de reuniões gerais e a coordenação procura administrar as ações conjuntas para fazer executar as decisões coletivas, propondo como metas de organização a participação, autogestão e interdisciplinaridade.

No entanto, Costa-Rosa (2000) sobreleva o fato de que, apesar das lutas político-ideológicas e das inovações teórico-técnicas, as práticas do modo psicossocial podem recair na repetição dos contornos do modo asilar; isto devido à forma de organização do modo asilar corresponder às formas de organização da sociedade em geral, inclusive quanto à dominância do processo de fragmentação do trabalho, ao predomínio da alienação do sujeito e à divergência entre o grau de desenvolvimento da tecnologia e o grau de desenvolvimento da força de trabalho. Por conseguinte, tanto as práticas quanto os serviços que pretendem basear-se no paradigma psicossocial são simultaneamente fustigados por pulsações que lhe são antagônicas.

Alverga e Dimenstein (2006), também fazem menção a este fato e descrevem tais pulsações como “desejos do manicômio” (termo de Machado e Lavrador, 2001). Este termo faz menção às forças que perpassam o tecido social constituindo em motriz às instituições fazendo-se presente no cotidiano através das práticas e concepções de saúde mental. Enfim, a expressão “desejos do manicômio”, segundo Machado e Lavrador (2001) traduz-se no desejo de dominar, subjugar, classificar, hierarquizar, oprimir e controlar que se faz presente em quaisquer expressões pautadas numa racionalidade carcerária, explicativa e despótica que, amiúde, estereotipam a figura do portador de sofrimento psíquico bem como as formas de se lidar com ele.

Estes fatores evidenciam, portanto, a necessidade de uma reflexão continuada por parte dos profissionais com relação às suas próprias concepções e práticas considerando que este engajamento pessoal é tão importante quanto as discussões coletivas para a elaboração do Projeto Terapêutico do serviço em se tratando de um enfoque psicossocial.

A concretização de um mecanismo de garantia dos direitos dos usuários e familiares em

atendimento no serviço se dá pela Associação de Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete/RS (PROJETO TÉCNICO CAPS ÁLCOOL E DROGAS, 2005, p.8).

A reunião da Associação tem 6 usuários e 1 profissional presentes mais eu [observador 1] e o observador 2.

Apresentação de todos os presentes, do projeto CAPSUL e do trabalho da Associação.

Serviço existe desde 1989 (completou 17 anos), a Associação é criada em 1998 (movimento inicia pelo Fórum Gaúcho de Saúde Mental).

A psicóloga 4 faz um relato sobre o início do serviço, a falta de recursos, o fato de mandarem pessoas [profissionais] para saúde mental por punição ou porque não davam certo em outros lugares. E depois os espaços foram ampliados, conseguindo o passe livre, propagando na TV, participação em eventos, a articulação política (conseguiram eleger vereadores), melhoria nas condições do serviço, a própria residência (um dos donos teve sua filha espancada por um paciente – usuário 11, e aí ele se sensibilizou a ceder a casa para a RT, [psicóloga] relata que foram fazendo uma ocupação passiva – colocando faixas, capinando o pátio). A usuária 5 contribui com seu depoimento histórico, e relata que hoje de manhã foi na Secretaria de Saúde para marcar audiência com o Secretário, para sexta de manhã 11h. A psicóloga 4 esclarece que mandou um bilhete solicitando o horário com o SMS para falar sobre a medicação que está faltando (sertralina, fluoxetina, risperidona) (19/07/2006 – Tarde p.16-17 – Observador 1).

Conforme descrito por Souza (2001), a difusão e ampliação das inovações institucionais desenvolvidas no campo da saúde mental configuram-se num movimento que articula as estratégias da reforma psiquiátrica exercendo influências diretas no modelo de assistência.

Contudo, são participantes deste processo de mobilização usuários e familiares, bem como suas associações que constituem uma “identidade coletiva” que visam a concretização de ações políticas em prol de conquistar maior visibilidade social de suas necessidades (SOUZA, 2001).

Organizar-se politicamente para tornar visíveis as demandas sociais de determinado grupo consiste num dos requisitos essenciais, numa sociedade democrática, para o reconhecimento de um determinado problema social e, conseqüentemente, formulação de políticas públicas que contemplem as reivindicações do grupo em questão.

Segundo Lorenzo (2006) todas as políticas públicas, independentes de sua natureza e extensão, pressupõem ao menos quatro fases para desenvolverem-se: 1) reconhecimento de uma demanda social; 2) tomada de decisão para execução de uma política pública dirigida àquela demanda; 3) planejamento das ações e cálculo de custo; 4) implementação, manutenção e supervisão da política em curso.

Portanto, tornar visíveis as especificidades de suas demandas requer uma boa capacidade de organização civil do grupo em questão, e se constitui em tarefa essencial pois a formulação e implantação de políticas públicas adequadas dependem da coerência com relação à diversidade cultural e estruturas de vida cotidiana dos grupos alvos (LORENZO, 2006).

Para a formulação de políticas públicas é necessário que se identifique as nuances das necessidades de cada grupo social na perspectiva do respeito à imensa variabilidade subjetiva dos indivíduos. Logo, as políticas públicas precisam dar conta de gerar, além de acesso a bens e serviços (que tem sido, desde sua criação, o principal objetivo delas), acesso a oportunidades e ao desenvolvimento de capacidades pessoais de realização. É

preciso, portanto, que as políticas públicas garantam o acesso a fazer escolhas (LORENZO, 2006 p.307)

Além destes aspectos, a existência de uma associação com objetivos de organização das demandas políticas dos atores sociais envolvidos na reabilitação psicossocial consiste, também, num importante espaço de exercício cidadão e de participação. De acordo com Lorenzo (2006) a participação da comunidade passou a ser uma das diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde, oficializada pela Constituição e garantida, também, por meio das Conferências e Conselhos de Saúde nas diferentes esferas do governo.

Cabe, no entanto, uma observação no tocante a esta participação. Fazer parte de uma associação que tem como cerne a articulação política consiste numa atividade que requer uma predisposição e interesse voluntário com relação a tal engajamento e implica na disponibilização de grande dedicação, além de características como determinação e perseverança, tendo em vista a diversidade de entraves a serem enfrentados pelos diversos conflitos sociais e disputa de interesses que permeiam todas as dimensões organizacionais da sociedade contemporânea. Assim, segundo as observações, poucos usuários estão engajados nesta atividade, embora, alguns de seus membros (tanto usuários quanto familiares) são atuantes desde a fundação da Associação, ou seja, desde 1998.

Algumas ações previstas pelo Projeto Técnico CAPS álcool e drogas (DOC-5) – desenvolvimento de oficinas terapêuticas voltadas à produção de alimentos, animais domésticos e artefatos usados no trabalho rural; estímulo à produção em oficinas coletivas arte em fotografias ou pintura sobre o universo da região, danças do folclore gaúcho e composições musicais; implantação de estufas de hortifrutigranjeiros; e oportunidade de aprendizagem em áreas como: informática, tecelagem, culinária, produção e pesquisa literária - não foram constatadas durante as observações, o que demonstra que as mesmas deveriam constar no planejamento (que aborda intervenções a serem implementadas) e não no Projeto Técnico (que descreve as ações que já estruturam a dinâmica e funcionamento do serviço).

5.4 As intervenções comunitárias: reflexões sobre o processo de exclusão social e possibilidades de construção da cidadania

A análise do conjunto dos documentos permite identificar a orientação de que as intervenções do CAPS devem contemplar o resgate de vínculos afetivos e sócio-familiares significativamente importantes, autonomia quanto às capacidades humanas, inserção social e resgate da cidadania.

Para tanto se prevê a hierarquização das ações de modo que operem nos diferentes espaços de construção da subjetividade: íntimo-individual, grupo-pessoal, público-institucional e sócio-comunitário (DOCUMENTO BASE PARA UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL AO

ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO MUNICÍPIO DE ALEGRETE – DOC-4).

Neste capítulo, então, foram reunidas as intervenções de caráter comunitário preconizadas pelos documentos que embasam as práticas do serviço estudado, no intuito de discutir a questão das intervenções **nas** redes sociais dos indivíduos usuários ou vulneráveis ao uso de álcool e drogas e ao final fazer algumas proposições visando problematizar o modelo de intervenção observado.

Romaní (2002) afirma que o conceito de intervenção comunitária advém das ferramentas conceituais do Trabalho Social e que tal ação se contrasta com as intervenções individualizadas do modelo clínico, ou seja, consiste numa intervenção centrada no meio social - o que se chama de comunidade.

Na Espanha, no final da década de 70, começou a deixar vestígio a influência das correntes comunitaristas no Trabalho Social, proveniente em grande parte das práticas e reflexões de países latino-americanos (Paulo Freire, Orlando Fals Borda...), que situavam o núcleo de seu trabalho no grupo social, suas estruturas e relações. Resultava uma alternativa teórico-prática às orientações de intervenções individualizada, psico-médica, enfim, patologizante que haviam sido hegemônicas tanto nos EUA como nos Estados de Bem-Estar centrais europeus (ROMANÍ, 2002, p.148).

Este autor chama a atenção para a consideração do uso ideológico-político do termo comunidade como sendo um conceito oposto àqueles centrados no indivíduo e na neutralidade da ciência; acrescenta, no entanto, que é necessária, paralelamente, a consulta de alternativas teóricas e conceituais mais rigorosas e produtivas, como pode ser, neste caso, a de redes sociais (ROMANÍ, 2002).

Utilizou-se, portanto, neste estudo os termos **intervenção nas redes sociais** e **intervenção comunitária** como equivalentes, fazendo referência às ações do método indireto com foco no Ambiente Social.

Assim, as ações referentes a este método de intervenção, foram as mais enfatizadas em todos os documentos analisados. Esta asserção confirma que a orientação teórica do serviço atende à preconização da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária e de efetivação da **atenção integral** (entendida como a concepção do indivíduo em sua rede social, ou seja, um conjunto de intervenções que contemple os âmbitos educativo, assistencial e de reabilitação, focando o usuário, as questões estruturais e legislativas, e prevendo a participação comunitária e a descentralização das ações).

More (2005) também considera o trabalho com a rede pessoal significativa do sujeito, um instrumento de intervenção comunitária. Esta autora desenvolveu um estudo que objetivou apresentar uma proposta de sistematização de trabalho com redes sociais, a premissa adotada para tal proposta foi a que o problema não pode estar dissociado das relações e contextos nos quais o indivíduo está inserido.

Assim, urge um rompimento com a limitação das ações terapêuticas circunscritas ao espaço tradicional das intervenções, ou seja efetivar uma ruptura com o “encapsulamento do campo de intervenção” (MORE, 2005).

Esta argumentação da autora é muito pertinente ao campo da saúde mental, sobretudo na problemática álcool e drogas no qual se evidencia que as práticas restritas ao âmbito do serviço têm pouca ressonância no contexto social do indivíduo sob tratamento, e acabam por reproduzir a “institucionalização” do sujeito que é uma proposta do modelo tradicional o qual se pretende superar.

Segundo Carvalho (1997), até recentemente, as necessidades sociais, em quase sua totalidade, eram “solucionadas” mediante respostas institucionalizadoras, por exemplo: internatos para crianças abandonadas; casas geriátricas ou asilos para idosos desamparados; internação hospitalar para as pessoas com problemas de saúde, escola em tempo integral para dar conta da educação.

Este modelo institucionalizador, no entanto, tem sofrido fortes críticas como: ingerência do Estado na esfera privada (que é geralmente isenta de compromisso e/ou sentido social); baixa efetividade e o alto custo e, a idéia liberal de que ONGs e organizações sem fins lucrativos são mais eficazes no trato de questões sociais. Dessa forma, o discurso atual propõe a atuação de ONGs e filantropia e o retorno às solidariedades comunitárias, vicinais e familiares em prol de serviços sociais públicos e defesa dos direitos dos cidadãos. Tal atuação advém de propor e consensuar projetos coletivos emancipatórios, o que consiste, atualmente, num desafio, tendo em vista a primazia dos microinteresses que permeiam nossa sociedade (CARVALHO, 1997).

More (2005) então, aponta que as intervenções na concepção de redes sociais emergem a partir da necessidade de ampliar a proposta de tratamento para mais pessoas, de buscar, no grupo, soluções para o problema de um dos integrantes e, em contrapartida, de potencializar os recursos individuais em favor do grupo.

A instrumentalização de redes pessoais significativas nos casos que envolvem pacientes psiquiátricos, é eficaz no sentido de auxiliar o trabalho de uma equipe de saúde mental, principalmente na distribuição do cuidado destinado ao paciente, através de pessoas significativas da comunidade (MORE, 2005, p.294).

Dessa forma, as intervenções em redes sociais, como concebido por More (2005) convergem com a proposta de **modelo participativo de prevenção comunitária** aos problemas relacionados ao uso de álcool e drogas proposto por Romaní (2002); o aspecto central deste modelo é a participação ativa da comunidade no planejamento, implementação e articulação política no tocante às atividades preventivas nos âmbitos álcool e drogas e saúde mental.

Uma articulação política contando com a participação da comunidade, conforme preconizado pelo modelo participativo, é prevista pelo Projeto Técnico do CAPS (DOC-1) na proposta da Associação de Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete/RS, que busca efetivar

ações conjuntas entre profissionais, familiares e comunidade visando a garantia dos direitos de todos os usuários da rede pública, em especial dos serviços de saúde mental do município, além de acompanhar o atendimento que é dispensado aos usuários do CAPS, intervindo sempre na forma de diálogo com os gestores a fim de encaminhar soluções aos problemas emergentes (PROJETO TÉCNICO DO CAPS, 2005 p.5).

A Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, coerentemente a esta proposta do DOC-5 prevê a participação da população em atividades educativas e na formulação das políticas públicas para desenvolver e fortalecer os fatores de proteção individuais e comunitários objetivando a maximização da saúde.

Destarte, Guajardo, Madariaga, Díaz, Mondaca e Seguel (1997) afirmam que a metodologia participativa consiste num elemento central do processo educativo, entendendo como participação a oportunidade de opinar, discutir e desenvolver a capacidade de tomada das próprias decisões e sua respectiva implementação. Estes autores acreditam que o uso dessa metodologia valoriza a experiência pessoal e reconhece a capacidade das pessoas de abordar os problemas em seu próprio contexto social:

Promove-se, além disso, o fim da dicotomia existente entre as instituições de saúde (em particular dos serviços de psiquiatria) e a comunidade. Permite abrir a discussão em espaços próprios da população (GUAJARDO, MADARIAGA, DÍAZ, MONDACA E SEGUEL, 1997, p.188).

Portanto, as atividades: **ações educativas e culturais junto às famílias e à comunidade**, preconizadas pelo Projeto Técnico do CAPS Álcool e Drogas (DOC-5), com o objetivo de resgatar o sentido de vida saudável e a cidadania, consistem em intervenções cuja viabilidade é possível através de outras práticas que foram observadas durante o período do estudo, como o atendimento grupal às famílias, o atendimento domiciliar, a participação do serviço (usuários e profissionais) nos eventos municipais, as exposições artísticas dos materiais produzidos nas oficinas.

[Discussão de pauta da reunião de equipe] Personagem 26 [psicóloga] coloca que em 31/07 aniversário de nascimento do Mário Quintana, vai acontecer na biblioteca, oficina na praça e que é interessante articular a programação participando o serviço [de saúde mental] neste movimento da cidade (25/07/2006 – Manhã p.25 – Observador 1).

Atividades como esta propiciam um contato proposital com as famílias e a comunidade permitindo a manutenção de um espaço através do qual é possível conhecer a realidade local e as articulações entre as drogas, o indivíduo e o contexto circundante, conforme aponta Romaní (2002), além disso proporciona a oportunidade para estabelecer o vínculo necessário ao desenvolvimento, planejamento e consolidação das demais ações comunitárias como a **sensibilização para o cuidado e prevenção** que é prevista pelo Projeto Técnico do CAPS (DOC-1) e Plano Plurianual (DOC-2).

A participação da comunidade é descrita como primordial na análise dos problemas de

saúde, no planejamento, seqüência, avaliação e reformulação das ações. Destaca-se também, a importância da educação participativa no sentido de formar sujeitos ativos e responsáveis por sua própria existência, que se articulem em prol de um projeto de sociedade que considere suas necessidades e interesses; depreende-se que estes sujeitos poderão interferir nas condições sociais que estão na base do processo saúde-doença, uma vez que a coletividade empenhada em tal tarefa pode gerar espaços concretos para discutir seus problemas e esboçar formas antes desconhecidas de intervenção (GUAJARDO, MANDARIAGA, DÍAZ, MORDOCA E SEGUEL, 1997).

Ressalta-se que, no serviço estudado, as ações educativas e atividades de prevenção na comunidade, sobretudo junto às escolas e famílias podem ser viabilizadas através de palestras, assessoria e capacitação de profissionais das escolas e outras entidades (Projeto Técnico do CAPS – DOC-1) associadas às ações intersetoriais com os profissionais do Programa de Redução de Danos do município e com o CAPSi.

8hs – Reunião Saúde Mental das Coordenações. Personagem 1 (coordenadora da Saúde Mental do Município) traz que a pessoa que coordena a moradia transitória solicita algumas “palestras” para ajudar a capacitar o pessoal que não sabe lidar com as crianças (chamam de louco, etc.). Elas combinam quem são as pessoas [profissionais] que podem agilizar.

Prof 2 [coordenadora do CAPS] traz a proposta de fazer um trabalho de apoio aos pais (destas crianças com implicação judicial) junto à promotoria – fazer apoio, para se estabelecer os limites, fazer um chá com bolo – acolher os pais para que consigam acolher os filhos (24/07/2006 – Manhã p.22 – Observador 1).

[...] Rodas do saber (?) – projeto que precisa ser definido numa data (mensal) e o próximo tema. Prof 2 [coordenadora do CAPS] sugere discutir a estruturação de CAPS ad (24/07/2006 – Manhã p.22 – Observador 1).

O projeto denominado “Rodas do Saber” desenvolvido pelo CAPS em estudo, consiste numa prática também voltada às ações educativas e que agrega o objetivo de planejamento estratégico e organização do Sistema de Saúde Mental e dos demais espaços de intervenção e do conhecimento. Esta estratégia (conforme o anexo I do DOC-3³⁵) promove a solidariedade e troca de experiências entre equipes de saúde mental dos diferentes serviços e entre a comunidade ligada às políticas públicas; esclarece dúvidas a respeito dos fazeres e das práticas em Saúde Mental, estimula a visão crítica em torno do saber em saúde mental coletiva e das políticas públicas e, além disso, organiza o sistema de referência e contra-referência à luz das práticas dos sistemas de educação, saúde, assistência social e justiça. Tais ações se dão através de “Mateadas Culturais”, plenárias de organização estratégicas, painéis culturais, palestras informativas e outras técnicas de produção do saber estruturadas previamente pelos participantes.

Observa-se que esta atividade, além de seu caráter comunitário, possibilita o cumprimento da diretriz de intersetorialidade proposta pela Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas prevendo articulações entre diversos setores da sociedade civil, em prol da integralidade das

³⁵ Projeto Rodas do Saber

ações.

Vários estudos têm discutido os conceitos e implicações da intersectorialidade (www.redeunida.org.br; JUNQUEIRA, 1997; JUNQUEIRA, 2005; JUNQUEIRA, 2000; INOJOSA, 2001; WESTPHAL e MENDES, 2000; MEIRELLES e ERDMAN, 2006; CKAGNAZAROFF e MOTA, 2007; MACHADO, 2003 por exemplo) e da integralidade (MATTOS, 2004; COSTA, 2004; GOMES e PINHEIRO, 2005; MACHADO e MONTEIRO, 2007; CAMARGO, 2001; CAMARGO, 2003; CAMPOS, 2003; CONILL, 2004; KANTORSKI, JARDIM, COIMBRA, OLIVEIRA e HECK, 2006 dentre outros) no entanto, não é o objetivo deste trabalho aprofundar-se em tais temáticas, apenas descrever os aspectos gerais relacionados a estes dois conceitos a fim de subsidiar as discussões sobre as práticas do serviço estudado.

Guajardo, Madariaga, Díaz, Mondaca e Seguel (1997) definem intersectorialidade como um processo que informa uma nova maneira de planejamento, execução e prestação de serviços com a finalidade de garantir o “acesso igual aos desiguais”.

Já Ckagnazaroff e Mota (2007) conceituam a intersectorialidade como um esquema de implementação dos serviços utilizando a estratégia de rede; prática social que tem sido construída a partir das profundas insatisfações com relação à incapacidade das organizações sociais em responder à demanda e problemas de alta complexidade. Assim, a intersectorialidade requer a participação do cidadão, uma visão global do processo e suas conexões com o contexto, além da articulação de saberes e experiências.

O uso da intersectorialidade pode implicar na utilização do conceito de rede. Baseando-nos numa abordagem intersectorial, percebe-se que os problemas da sociedade devem ser considerados como um conjunto único, do modo como eles se apresentam no cotidiano da sociedade, e que devem ser tratados na sua totalidade. No entanto, vemos que eles se apresentam de um modo que o Estado ou qualquer outra organização, sozinhos e com conhecimentos especializados e fragmentados, não conseguem trabalhar uma solução para os mesmos devido à complexidade do modo como eles são percebidos na sociedade. Nesse ponto o conceito de redes pode ser útil, já que ele pretende vincular vários atores em torno de diferentes aspectos de um problema num determinado segmento da sociedade (CKAGNAZAROFF e MOTA, 2007, p.20).

Assim, os encontros do projeto Rodas do Saber é descrito como uma espécie de “núcleo intersectorial”, onde é possível consolidar as ações descritas por Ckagnazaroff e Mota (2007) como específicas de um sistema em rede, a saber: a troca de recursos entre os envolvidos, a parceria e articulação entre pessoas e organizações, a promoção de relações interpessoais e intra-organizacionais, a canalização de interesses e o direcionamento das práticas visando soluções e objetivos comuns.

A integralidade, por sua vez, com relação à atenção em saúde no Brasil, prima pela garantia de atenção nos três níveis de complexidade; articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação; abordagem integral dos indivíduos e das famílias (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS,

2004).

Portanto, o conceito de integralidade dado por Hartz e Contandriopoulos (2004), traz à tona a reflexão sobre a integração de serviços através de redes assistenciais considerando a interdependência dos atores e organizações (**intersectorialidade**) pois nenhuma delas dispõe de todos os recursos e competências necessárias para solucionar os problemas de saúde em sua totalidade. Os autores acrescentam que este conceito faz menção à imagem de um “sistema sem muros” denotando a eliminação de barreiras de acesso entre os diferentes níveis de atenção (do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado) visando a otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados – ação que tem se mostrado muito difícil em sua efetivação.

Numa concepção ampla, as políticas e discursos sobre integralidade se fundamentam, basicamente em três linguagens, a estrutural – relacionada às fronteiras entre as organizações; a clínica – sobre a fragmentação das práticas profissionais e, finalmente a linguagem de cooperação – correspondente às negociações e acordos entre atores e organizações; lembrando que recursos, interesses e competências permeiam tais acepções (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Ações visando aumentar a autonomia da família e da comunidade são referidas no Documento Base para uma Política de Atenção Psicossocial ao Álcool e outras Drogas no município de Alegrete (DOC-4) que aborda estas práticas como vinculadas ao conceito de Clínica Ampliada que deve nortear os princípios do serviço. Estas ações, além de serem viabilizadas pelas mesmas práticas citadas nas ações educativas³⁶, apresentam o diferencial de associarem à intervenção: **desenvolvimento e implementação de políticas públicas**, também previstos pelo DOC-4.

Compreende-se como políticas públicas de saúde, o conjunto de ações sociais voltadas à garantia do direito à saúde em todas as dimensões: promoção, proteção e recuperação, contemplando a melhoria dos condicionantes e determinantes da saúde (LORENZO, 2006); não obstante, as políticas públicas voltadas para a redução da vulnerabilidade em saúde pública precisam ter como foco principal a redução das desigualdades sociais.

Por sua vez, o Documento Base para uma Política de Atenção Psicossocial ao Álcool (DOC-4) e outras Drogas no Município de Alegrete/RS apresenta como uma das principais diretrizes da política local a reflexão sobre o modo de viver do cidadão no cenário atual e a valorização do seu conhecimento e poder transformador frente à vida e à comunidade em que está inserido. Além disso, o Projeto Técnico do CAPS Álcool e Drogas (DOC-5) prioriza a criação de uma “cultura de cuidados à vida utilizando referenciais regionais da cultura gaúcha através de eixos preventivos, terapêuticos e socializadores” e a “criação de um museu da saúde e da cultura municipal gaúcha” – propostas que ressaltam a valorização de aspectos regionais como forma de contextualização e problematização das

³⁶Atendimento grupal às famílias, o atendimento domiciliar, participação do serviço (usuários e profissionais) nos eventos municipais, exposições artísticas dos materiais produzidos nas oficinas

práticas de intervenção.

Estas ações proposta tanto pelo DOC-5 quanto pelo DOC-4 correspondem à orientação da Política Nacional sobre Drogas (Brasil, 2005) de planejar as intervenções adotando um referencial de desenvolvimento humano, educação para a vida saudável, acesso aos bens culturais, considerações sobre as questões de vulnerabilidade, raça, etnia e especificidades culturais do público-alvo.

De acordo com a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2003) as ações preventivas visam melhorar acessibilidade à rede de serviços e rede de suporte social do território, facilitar a inserção e integração comunitárias e auxiliar na melhoria da qualidade de vida.

No tocante ao quesito **melhoria da qualidade de vida**, Lorenzo (2006) afirma que, unicamente o fato de viver implica num conjunto de funcionamentos interligados (desde os mais elementares - nutrição, saúde, expectativa de vida, até os mais complexos - ser feliz, ter amor próprio, ser amado por alguém, sentir-se útil à comunidade etc.) e capacidades para efetivá-los visando o sentimento de realização de uma pessoa. Portanto, segundo este autor, as políticas públicas devem ter como objetivo o desenvolvimento de conjuntos capacitários dos grupos alvos para que seus membros possam ter a oportunidade de realizarem-se plenamente.

Péron e Nince (2004), num estudo sobre a experiência de reabilitação baseada na comunidade numa unidade de saúde da família de um município do Mato Grosso, descrevem algumas etapas desta iniciativa comunitária, a saber:

1. Levantamento da população de uma área circunscrita
2. Avaliação e cadastro dos indivíduos portadores de deficiência física ou psíquica e/ou doenças crônico-degenerativas
3. Estudo de caso destes pacientes: levantamento de problemas para o planejamento das ações – atendimento fisioterápico, encaminhamento para atendimento médico, serviço social e outros

Segundo estas autoras, o projeto englobou a capacitação dos profissionais da equipe; a definição de diagnóstico e esquema de tratamento fisioterápico; orientação e sensibilização dos acompanhantes sobre a importância da continuidade do tratamento e sobre as adaptações estruturais simples; monitoração dos agentes comunitários nas visitas domiciliares; atividades grupais semanalmente; reuniões de Educação e Saúde mensalmente; reuniões periódicas com líderes comunitários, comerciantes e diretores de escolas.

Destaca-se que na experiência descrita por Perón e Nince (2004), que as reuniões periódicas com membros-chave da comunidade são referidas como um espaço que também foi utilizado para divulgar as necessidades de se fazer adaptações em locais públicos para melhor locomoção dos pacientes que possuíam algum tipo de dificuldade. Tal fato consiste numa forma de “prevenção

quaternária”, conforme denominado por Guajardo, Madariaga, Díaz, Mondaca e Seguel (1997), que corresponde às práticas que contribuem para a redução das desvantagens sociais decorrentes da deficiência ou incapacidade das pessoas visando tornar o meio social acessível com relação à equiparação de oportunidades.

Portanto atividades de divulgação, diminuição do preconceito, interação com associações comunitárias e orientações, são práticas que sustentam as ações preventivas; além disso, configuram-se efetivamente num exemplo do que Manzini-Covre (2006) denomina de educação para cidadania, que compreende um processo de conscientização e organização visando dar visibilidade política a um determinado problema, ou seja, levar para o espaço público o sofrimento do âmbito privado, a fim de concretizar reivindicações em prol de transformações pertinentes.

Segundo Oliveira e Alessi (2005) e Manzini-Covre (2006), atualmente, a idéia de cidadania tem sido associada à noção de direitos que, em sua concepção clássica compreende os **direitos civis** (por exemplo: liberdade de ir e vir e de dispor do próprio corpo, liberdade de imprensa, de pensamento e fé, direito à segurança e à propriedade, direito de estabelecer contratos e direito à justiça); **direitos políticos** (direito à participação no exercício do poder político, direito de livre expressão de pensamento e prática religiosa, direito à resistência com relação às imposições dos poderes – greves, pressões, movimentos sociais) e **direitos sociais** (àqueles que visam o atendimento das necessidades humanas básicas como bem-estar econômico, educação, direito de repor a força de trabalho, de sustentar o corpo – alimentação, saúde, educação, direito ao trabalho e salário adequado).

O Estado, portanto, a partir da Nova Declaração dos direitos do Homem, da adoção do pressuposto de igualdade e, tendo por base a assistência pública prevista por lei, assume como principal função a proteção dos direitos individuais (OLIVEIRA E ALESSI, 2005).

A partir destas considerações, institui-se, segundo Oliveira e Alessi (2005), um paradoxo entre cidadania e sofrimento psíquico³⁷ pois, concebendo como norteadores da cidadania os princípios de liberdade e igualdade, a assistência de caráter público ao indivíduo em sofrimento psíquico configura-se numa espécie de amparo social por parte do Estado.

Diante de tal paradoxo, a cidadania, no caso destes sujeitos, deixa de ser uma reivindicação e passa a ser uma construção, uma vez que demanda muito mais do que mudanças administrativas legais, ou seja, requer amplas transformações de caráter ético-sociais que possibilitem à sociedade a convivência com uma pessoa radicalmente diferente dos padrões culturais vigentes, contudo com seus direitos de cidadania assegurados; isto é, inclusão dos indivíduos em sofrimento psíquico como sujeitos de direitos (OLIVEIRA E ALESSI, 2005).

Entende-se que ter a construção da cidadania do indivíduo em sofrimento psíquico como um

³⁷Considera-se neste estudo os problemas relacionados ao uso abusivo de drogas também como um sofrimento psíquico.

dos focos das práticas de intervenção consiste num verdadeiro desafio na sociedade contemporânea.

Tal asserção pode ser evidenciada a partir da retomada dos direitos e deveres que caracterizam a cidadania, de acordo com Manzini-Covre (2006):

Domínio sobre sua vida e sobre o próprio corpo;

Acesso aos bens econômicos necessários para provimento da própria vida;

Direito à educação, saúde, habitação e lazer;

Direito de expressão livre;

Direito à militância em sindicatos, partidos políticos, movimentos sociais;

Direito à dignidade;

- Dever de fazer valer seus direitos;
- Responsabilidade conjunta pela coletividade;
- Fazer parte do governo direta ou indiretamente (através do voto por exemplo).

Mediante a reflexão sobre estes itens destaca-se a amplitude da concepção de cidadania, que envolve aspectos sociais, econômicos, políticos e de saúde mental, entremeados de modo impreterivelmente dependente, ou seja, um destes aspectos, quando não contemplado, compromete todos os demais.

Dessa forma, a saúde mental e a cidadania plena, estão estritamente ligadas entre si, ou seja, uma afeta diretamente a outra: se um indivíduo ou grupo não goza plenamente da cidadania, sua saúde mental está vulnerável; e um indivíduo ou grupo que não goze plenamente de saúde mental está em risco quanto à sua plena cidadania social (SARACENO, 1999).

Assim, a cidadania, à luz do modelo de Reabilitação Psicossocial, é descrita por Saraceno (1999) sucintamente, como a habilidade do indivíduo em efetivar trocas sociais nos diferentes cenários: contexto em que vive, rede social e trabalho.

Entende-se que estas trocas sociais implicam no poder de contratualidade a partir do qual o indivíduo será capaz de reivindicar e buscar estratégias para garantir sua vida plena (política, civil e social). Não obstante, ações diretamente voltadas para a ampliação do poder de estabelecer contratos sociais (além da Associação de Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete/RS da qual pouquíssimos usuários fazem parte) não foram observadas dentre as intervenções comunitárias; somente no espaço físico do serviço foi evidenciada uma prática (além das tradicionais como consultas e grupos psicoterápicos e intervenções individuais de aconselhamento) que dá indícios de uma ação neste sentido: a saber a assembléia mensal com os usuários – ação citada no capítulo anterior.

Este fato consiste num ponto crítico com relação às intervenções do serviço estudado pois a base do Modelo de Reabilitação Psicossocial (sob o qual está pautada a Reforma Psiquiátrica Brasileira) tem como um dos pilares principais o objetivo de potencializar no indivíduo a capacidade de

trocas sociais.

Afinal, segundo Manzini-Covre (2006) os direitos e deveres previstos na constituição são dependentes também, do enfrentamento político, de reivindicações, enfim, da apropriação de espaços em prol de fazer valer os direitos que conferem ao indivíduo acesso a todos os níveis de existência: “A categoria cidadania, como tento distingui-la, depende da ação dos sujeitos e dos grupos básicos em conflito, e também das condições globais da sociedade” (MANZINI-COVRE, 2006, p.63).

Além disso, em se tratando do estudo das intervenções no âmbito saúde mental/álcool e drogas desenvolvidas por um serviço público, cabe a observação de Scarcelli (1999) de que os usuários destes serviços são, notavelmente, excluídos, tanto pelo sofrimento psíquico que estão enfrentando quanto pela sua condição de pobreza.

Neste sentido, destaca-se que, embora o SUS adote como princípio a universalidade do acesso aos serviços de saúde sem qualquer distinção socioeconômica, é sabido que a maioria dos usuários atendidos nos centros de atenção à saúde mental, sobretudo aqueles cujo território de cobertura compreende grupos em situação de vulnerabilidade social, pertence à “classe trabalhadora” (tal expressão foi colocada entre aspas pois o desemprego é uma realidade premente no país, principalmente entre estes sujeitos).

Portanto, o contexto de desigualdade, além de gerar uma estratificação entre classe média/alta e classe trabalhadora, ainda subdivide esta última entre empregados e desempregados, sendo que muitos são intitulados desempregados não porque perderam o emprego, mas pelo fato de nunca terem tido acesso a ele, como é o caso de muitos jovens que vivenciam o processo de exclusão sem nenhuma perspectiva efetiva com relação ao mercado de trabalho formal, em decorrência de tantos outros requisitos exigidos à dita “classe trabalhadora” (embora as condições para adquiri-las sejam mínimas) a saber: qualificação profissional, experiência, referências, indicações dentre outros.

Conforme afirma Inojosa (2000), a exclusão do mundo do trabalho é, de fato, uma situação de risco social que tem se alastrado no contexto da globalização da economia e da pobreza; a vulnerabilidade social decorrente desta exclusão consiste num processo circular que se dá a partir da impossibilidade de auto-provimento de condições básicas que acaba por provocar o rompimento de laços sociais: familiares, de amizade e outras relações comunitárias.

Confirma-se, destarte, a pertinência da preconização de que as intervenções relacionadas aos problemas decorrentes do uso do álcool e drogas tenham um enfoque comunitário voltado para as redes sociais de modo a possibilitar a atuação cidadã destes usuários, sobretudo no que tange à reversão das negativas conseqüências da atual exclusão social que tende a aumentar a complexidade dos problemas de saúde mental e do fenômeno do uso abusivo de drogas.

No tocante às práticas do serviço sob estudo, também não foram observadas quaisquer

ações ou articulação externa diretamente voltadas à inserção dos usuários com problemas pelo uso de álcool e drogas no mercado de trabalho. O que pode ser considerado como mais um ponto crítico de relevância considerando que a exclusão do mercado de trabalho é uma questão que acentua a influência de todos os demais determinantes do processo saúde doença (por exemplo, a auto-estima, o auto-provimento, a possibilidade de atividades de lazer, a autonomia, relações sociais, etc.)

A noção de exclusão de Wanderley (1999) concebe que a pobreza contemporânea configura-se num fenômeno multidimensional que contempla tanto os “clássicos pobres” (indigentes, subnutridos, analfabetos...) quanto outros grupos pauperizados pelas precárias condições de inserção no mercado de trabalho. O autor argumenta então, que esta pobreza não é resultante apenas da ausência de renda, mas também de outros fatores associados, como o precário acesso aos serviços públicos e, sobretudo a ausência de poder: “Nesta direção, o novo conceito de pobreza se associa ao de exclusão, vinculando-se às desigualdades existentes e especialmente à **privação de poder de ação e representação** e, nesse sentido, exclusão social tem que ser pensada também a partir da questão da democracia” (WANDERLEY, 1999, p. 23).

Segundo Inojosa (2000), a exclusão é um processo complexo pois gera privação da autonomia, sofrimento e manutenção da injustiça; ou seja, consiste na expressão concreta da falta de equidade que convergem para a **negação da saúde**; dessa forma, a exclusão é considerada um agravamento à saúde da sociedade em decorrência da acumulação e apropriação desigual das riquezas que gera danos sociais.

A partir de asserções como esta é possível conceber a ação de **construção de modos de atenção emancipatórios, levando em consideração a sociedade, refletindo o direito de escolha, decisão e autonomia do sujeito e suas implicações** também previsto pelo DOC-4. Esta ação põe em evidência os conceitos teóricos apresentados pelos documentos que estão pautados na abordagem de Redução de Danos (numa concepção ampliada) priorizando as decisões e direito de escolha do sujeito; permite a referência também aos recursos proporcionados pelas Residências Terapêutica e Moradias Assistidas – já consolidadas no município – e à prática de elaboração conjunta do Plano Terapêutico Individual e contrato terapêutico; além disso podem ser citadas as articulações no sentido de implementações de políticas públicas visando melhoria da qualidade de vida da comunidade.

Evidências que sinalizam a negação da saúde são, por exemplo, a falta de segurança alimentar, péssimas condições de moradia, angústia por não poder garantir o desenvolvimento das crianças. Além disso, a idade, a baixa qualificação, doenças e deficiências também têm sido apontadas como causadoras do esgarçamento dos laços sociais. Ademais, fatos da vida passada (por exemplo os ex-adictos ou ex-presidiários) também são aspectos geradores de desfiliação social (INOJOSA, 2000).

Considerando que ser um “ex-adicto” é um motivo que dificulta a inserção social, muito mais

barreiras encontrarão os usuários de drogas (sob tratamento ou não), que possuem um estigma bem mais evidente perante a sociedade – ressaltando que o sistema sóciopolítico, sobretudo da sociedade brasileira, faz questão de aprofundar ainda mais o rótulo de “viciado”, culpabilizando somente o usuário por sua condição, criminalizando sua conduta que é considerada como “desviante” em relação às normas socialmente estabelecidas e responsabilizando-o por todas as consequências do crime organizado e do tráfico de drogas.

Convém ressaltar que como reflexo dos valores sob os quais está calcada a sociedade brasileira (em sua maioria) instituiu-se a Política Nacional sobre Drogas, ainda subsidiada por um modelo de “Guerra às Drogas” de cunho fortemente repressivo.

Além disso, a mídia escrita e televisiva (e mais recentemente, o próprio cinema brasileiro) tem sido o espaço público utilizado para reforçar o discurso culpabilizador de que o “usuário é quem financia a violência”, mensagem que expressa uma grosseira simplificação de um problema de tamanha complexidade como é a questão das drogas, que abarca muitos outros aspectos além do consumo, a saber, questões éticas e sóciopolíticas, organização sócio-econômica, esquemas de corrupção dentre outras.

Cabe, destarte, algumas questões: se há uma forte crença no modelo repressivo como adequado para a abordagem do problema, porque o uso do *ecstasy* nas *raves*, tão conhecido e divulgado, não tem sido foco de ações policiais sistemáticas e dirigidas? Será que o nível sócio-econômico dos indivíduos permite uma maior flexibilidade com relação ao direito civil de dispor do próprio corpo? E quiçá os que traficam e disponibilizam tais drogas nestas festas são menos culpados/criminosos que o “aviãozinho³⁸” da favela? E os freqüentadores das *raves* que têm a chance de consumir, menos “financiadores do crime” como tanto explora a mídia? Ou será que as ações repressivas de caráter violento são planejadas para os traficantes, “maconheiros”, “viciados em geral”, “vagabundos” que estão, exclusivamente nas favelas e periferias?

Talvez algum vestígio para as respostas de tais questões possa ser encontrado na afirmação de Agamben (2002, p.131), de que “são os corpos absolutamente matáveis dos súditos que formam o novo corpo político do Ocidente”... isto é, o processo de exclusão contemporâneo cria “indivíduos desnecessários”, seres considerados descartáveis, conforme concebe Inojosa (2000) e Wanderley (1999).

A exclusão contemporânea é diferente das formas existentes anteriormente de discriminação ou mesmo de segregação, uma vez que tende a criar, internacionalmente, indivíduos inteiramente desnecessários ao universo produtivo, para os quais parece não haver mais possibilidade de inserção. Poder-se-ia dizer que os novos excluídos são seres descartáveis (WANDERLEY, 1999, p.25).

³⁸ Jovem que transporta a droga para os traficantes

Carvalho (1997) corrobora com tais asserções ao afirmar que, atualmente, não são apenas as mercadorias que podem ser descartadas, mas também parcelas da população que passam a ser consideradas “sobrantes”. A autora destaca que, na contemporaneidade, tem ocorrido uma re-significação da desigualdade social e os considerados “novos pobres” são caracterizados pela falta de perspectivas, perda de pertinência social e impossibilidade de integrar o mercado de trabalho.

Outros determinantes menos visíveis como o exacerbamento do individualismo, atomização social, o esfacelamento de organizações vicinais e os novos arranjos familiares, têm dificultado a consolidação de redes de relações e trocas pautadas na reciprocidade, ou seja, teia de vínculos relacionais de apoio e pertencimento (CARVALHO, 1997) – aspectos sobre os quais a equipe de saúde mental deve intervir.

No entanto, as observações do serviço de saúde mental sob estudo evidenciaram fortemente a dificuldade dos profissionais em exercer um movimento no sentido de “exteriorizar” as práticas de saúde mental, ou seja, de atuarem mais efetivamente nos espaços comunitários, não restringindo suas ações ao espaço físico do serviço. Tal dificuldade foi constatada também por outros estudos relacionados a um serviço de atenção psicossocial específico para indivíduos com problemas pelo uso de álcool e drogas da região sul do Rio Grande do Sul³⁹. Fato que pode dar evidências de um problema que merece redobrada atenção, principalmente por ter sido constatado em dois serviços de saúde mental em localidades diferentes e que se descrevem como sendo de base comunitária.

Esta “exteriorização das práticas” pela qual se faz um chamamento no presente estudo, é concebida no significado de “portas abertas” descrito por Nicácio e Campos (2005):

[...] a garantia de acesso requer **porta aberta** em seus diversos significados e, inclusive, a elaboração de estratégias para ir ao encontro da demanda. Em outras palavras, a **porta aberta** não se circunscreve ao interior do serviço, implica adentrar nos territórios e, diferente da perspectiva preventivista-comunitária de ampliação do campo de intervenção psiquiátrica, trata-se, por um lado, das iniciativas da equipe para identificar os processos de produção da demanda psiquiátrica, os caminhos que usuários e familiares percorrem nos serviços sócio-sanitários, as diversas formas de desassistência e abandono, e produzir novas respostas (NICÁCIO E CAMPOS, 2005, p.44).

Estes autores acrescentam que “portas abertas” também implica no acompanhamento dos usuários em seus contextos de relações, reconhecer os recursos comunitários presentes no território e criar interações visando promover novas possibilidades de vida. Assim, o termo “portas abertas” utilizado por Nicácio e Campos (2005) indica um duplo movimento: para dentro (no sentido de garantia do acesso, da liberdade de trânsito dos usuários e comunidade) e para fora (no sentido das práticas comunitárias, acompanhamento do itinerário do paciente e busca ativa).

Enfim, o termo denota a necessidade de colocar a instituição em movimento, interrogando: as relações de poder, as diversas formas de cristalização das ações e distanciamento e os diferentes

³⁹ SOUZA, KANTORSKI, GONÇALVES, MIELKE e GUADALUPE (2007); SOUZA, KANTORSKI e MIELKE (2006).

modos de “fechamento de portas” que se produzem no cotidiano (NICÁCIO E CAMPOS, 2005).

Os documentos do serviço estudado apresentam, contudo, algumas tímidas iniciativas de efetiva exteriorização das práticas, a saber: a **divulgação sobre o funcionamento e objetivos do serviço à comunidade**, é uma ação que consta no Planejamento 2006 (DOC-3), no qual se propõe campanhas radiofônicas visando a diminuição do preconceito entre a população, e mesmo a idéia de criar um programa de rádio específico sobre saúde mental, através do qual seria possível, não apenas divulgação como também orientações e campanhas de sensibilização da comunidade para a prevenção e cuidados à saúde. Estas ações, segundo as observações, ainda não são efetivadas pelo serviço, embora espaços para divulgação acabam por ser conquistados através de outras práticas como matérias em jornal, os próprios passeios e eventos que o serviço participa fora do CAPS que geram curiosidade na população que, a partir de então, passa a ter conhecimento do serviço e suas propostas.

Cabe acrescentar que os passeios e participação em eventos externos ao serviço também não foram observados durante o período do trabalho de campo, contudo, alguns passeios, festas e viagens encontram-se registrados em fotografias que estão arquivadas no serviço; apesar disso, uma prática que oportunizou a divulgação do serviço foi constatada durante o período de observações, refere-se à exposição dos quadros produzidos na oficina de artes plásticas que foi feita no saguão de um Banco estadual no município de Alegrete/RS. Os profissionais fizeram uma escala para que duas pessoas (um profissional e um usuário) pudessem acompanhar a exposição distribuindo folhetos e dando informações sobre o serviço.

A partir da idéia de ampliar as formas de intervenção dos espaços tradicionalmente considerados como terapêuticos (por exemplo: medicação, psicoterapia, consulta médica) transcendendo os limites da instituição psiquiátrica (oficina, passeios, atividades artísticas etc.), Scarcelli (1999) propõe o seguinte questionamento: o que vem a ser terapêutico?

Retomando a reinserção do portador de sofrimento psíquico no espaço social como o princípio fundamental que norteia as práticas no novo modelo de atenção em saúde mental, Scarcelli (1999) depreende que a convivência do indivíduo sob tratamento em diferentes espaços sociais é o indicador do que é terapêutico nas ações.

Stasevskas e Maximino (1999) também pontuam a circulação do usuário como primordial na ação terapêutica, sobretudo por proporcionar a ampliação dos vínculos possibilitando ao sujeito inserções que não o reduzem ao seu problema psíquico.

Assim, a partir destas premissas, prioriza-se projetos abertos e flexíveis de atenção aos problemas, projetos que sejam capazes de envolver as solidariedades comunitárias, pequenas ONGS, a família e o próprio beneficiário (CARVALHO, 1997). Esta asserção ressalta a necessidade urgente da

implementação efetiva de intervenções de caráter comunitário.

Saraceno (1999) na discussão sobre o modelo de Reabilitação Psicossocial, ressalta que ações de saúde mental comunitárias consistem naquelas dirigidas aos grupos ou comunidade inteira com o objetivo de prevenir a doença e promover a saúde, inclui a identificação de grupos vulneráveis e a construção conjunta de “oportunidades preventivas”⁴⁰. Este autor afirma, com propriedade que “comunidade é o que o serviço não é e com o qual pode entrar em relação” (p.101).

Depreende-se então, que o processo de formação de um serviço de saúde mental de base comunitária, sobretudo aqueles voltados para a atenção de indivíduos com problemas pelo uso de álcool e outras drogas, deve transcender o projeto de estruturação física e os planejamentos com relação ao *layout* da unidade de atendimento, deve-se pensar nas propostas de atuação como um processo dinâmico externo ao serviço, tendo-o como uma base que irá proporcionar o suporte necessário para a complementação das ações comunitárias, considerando a complexidade inerente a elas.

A complexidade é o estado de ser de todos os sistemas abertos, quer dizer, auto-eco-organizados e organizadores. O homem, a sociedade, o meio ambiente e os sistemas de idéias interagem entre si, por meio de trocas, porque são sistemas abertos (JUNQUEIRA, 2000, p.38).

Apreende-se disto que a complexidade das ações comunitárias é decorrente da idéia de comunidade como um sistema aberto, formado por uma teia de relacionamentos (rede) que se inter-relacionam dinamicamente.

Cabe ressaltar que, embora o serviço possua uma boa base teórica (oficializada nos documentos) com relação às atividades comunitárias, uma ação de suma importância com relação às práticas psicossociais aos usuários de álcool e drogas que não é contemplada nestes documentos e que também não foi observada sua efetivação prática, embora haja preconização da mesma na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, consiste na busca ativa.

Além disso, de acordo com as observações, embora haja Programa de Redução de Danos no município e o Documento Base para uma Política de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas preveja, não existem ações articuladas entre o CAPS e a equipe do Programa de Redução de Danos (apesar de existirem espaços para que estas ações sejam organizadas, como as “Rodas do Saber”).

Estes dois aspectos (da busca ativa e da articulação com o Programa de Redução de Danos) também foram dificuldades identificadas num estudo desenvolvido por Souza, Kantorski, Mielke, Gonçalves et al (2007)⁴¹ num CAPS ad da região sul do Rio Grande do Sul.

⁴⁰ “oportunidades preventivas”, segundo Saraceno (1999) significa ações no sentido de melhorar as condições materiais de uma comunidade; criar espaços de *empowerment* por exemplo.

⁴¹ SOUZA, Jacqueline; KANTORSKI, Luciane Prado; GONÇALVES, Sérgio Eduardo; MIELKE, Fernanda Barreto; GUADALUPE, Danieli Bispo. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. Revista Enfermagem UERJ, v.15 n.2 p.210-217 abr/jun; 2007

Esta questão merece destaque tendo em vista que se constitui numa constatação importante com relação à efetivação do princípio de intersetorialidade entre dois serviços (CAPS que atende usuários com problemas pelo uso de álcool e drogas e Programa de Redução de Danos) que tem foco numa mesma problemática: o uso abusivo de substâncias psicoativas; e prevêem ações num mesmo âmbito: nas redes sociais.

5.4.1 Algumas proposições

Com base nas asserções a respeito das intervenções comunitárias e a complexidade da atenção em saúde mental visando o resgate da cidadania do sujeito, convém apontar que um serviço **especializado** na atenção a pessoas com problemas em decorrência do uso do álcool e/ou outras drogas talvez não seja a solução mais eficaz para o problema.

Hodgson e Grant (1992) preconizam que o tratamento destes casos se dê na atenção primária em saúde, ou seja, o que hoje se denomina Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família. Os argumentos para tal preconização são:

- Dessa forma evitar-se-ia o estigma típico dos serviços específicos para o atendimento de indivíduos com problemas pelo uso de álcool e/ou outras drogas, ou ainda dos serviços de saúde mental. Pois o problema seria tratado como qualquer outra atividade geral de assistência sanitária;
- Isto proporcionaria uma maior facilidade de detecção de usuários iniciantes nas diferentes demandas do serviço;
- As características das Unidades Básicas de Saúde possibilitam facilidade de contato com familiares e a comunidade;
- Além disso, geralmente, as pessoas com problemas pelo uso de álcool e drogas recorrem às Unidades Básicas de Saúde por outros motivos, como problemas médicos ou sociais, o que também aumentaria as chances de contato e interação com estes usuários facilitando a abordagem desta questão.

Além destas observações apresentadas pelos autores, acrescenta-se que uma outra vantagem seria a questão da cobertura populacional, pois não seria viável, por exemplo, implementar um CAPS ad em cada bairro, enquanto as Unidades Básicas de Saúde e Unidades de PSF estão estrategicamente distribuídos pelos territórios de modo a atender populações circunscritas objetivando uma cobertura total no município. Esta distribuição favorece o estreitamento da relação serviço x comunidade, oportunizando uma maior vinculação e liberdade de trânsito de ambas as partes, o que se constitui num quesito fundamental para qualquer intervenção de saúde mental.

Portanto, o Programa de Saúde da Família, devido às suas diretrizes, tem ainda mais possibilidades de consolidar intervenções de caráter comunitário direcionadas também para os problemas relacionados ao álcool e drogas, ou seja, suas preconizações transcendem as propostas das Unidades Básicas de Saúde tradicionais.

Segundo Silva (2000) as Unidades Básicas de Saúde estão estruturadas num **modelo assistencial** que visa especificamente o tratamento e controle de doenças; modelo tal que tem alcance limitado na produção da saúde pois não prevê ações na maioria das causas das doenças.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE OU CENTRO DE SAÚDE	UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
Modelo assistencial	Modelo pautado na Vigilância à saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Processo de trabalho organizado para atender a demanda espontânea • Estruturação das ações em “campanhas sanitárias” (combate às endemias e epidemias, campanhas de vacinação) • Programas de atenção voltados para grupos específicos (por exemplo: saúde da criança, saúde do adulto, saúde da gestante) 	<ul style="list-style-type: none"> • Processo de trabalho estruturado para proporcionar uma oferta organizada de cuidados à clientela adstrita • Ações estruturadas com foco nas necessidades da população em seu território, ou seja, desenvolvimento de ações voltadas para o indivíduo e seu meio ambiente • Atenção voltada para o controle dos agravos e atendimento de grupos em situação de risco, ou seja, voltada para os determinantes do processo saúde-doença

Tabela 16 – Principais distinções entre Unidade Básica de Saúde e Unidade de Saúde da Família
Adaptado de Gil (2006), Silva (2000), Elias, Ferreira, Alves, Cohn, Kishima, et al (2006).

Dessa forma, a Estratégia de Saúde da Família surge como uma forma de reorganização da Atenção Básica objetivando, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2006), que as intervenções sejam executadas no território com foco na família e comunidade. Tais ações devem ser planejadas e efetivadas em conjunto com a comunidade, a partir de informações advindas de cadastro domiciliar e diagnóstico situacional, numa postura pró-ativa. Para tanto se faz necessária a participação dos diversos setores sociais, da área de abrangência principalmente, ou seja, buscar parcerias para que as ações em saúde se consolidem também como um espaço de construção de cidadania (BRASIL 2006).

Silva (2000) sintetiza tais preconizações afirmando que os Programas de Saúde da Família estão baseados no referencial da vigilância à saúde, organizando ações intersetoriais com foco nas demandas do território dentro de um paradigma de produção social da saúde.

Reforçando o argumento de que as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família convergem com as demandas emergentes da atenção aos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e drogas, são apresentados alguns princípios que deveriam estar presentes nos serviços de saúde que atendem indivíduos com tais problemas, como previstos pela OMS, descrito por Hodgson e Grant (1992):

- Estes problemas devem ser abordados na Atenção Básica, contando com a participação ativa da família e comunidade e com suporte de ações intersetoriais; isto é, a atenção em saúde mental e técnicas específicas para lidar com os problemas relacionados ao álcool e

drogas devem fazer parte da atividade cotidiana das Unidades Básicas de Saúde.

- Preconiza-se a dinamização das ações comunitárias, estímulo aos grupos de auto-ajuda, educação sanitária e fomento de modos de vida saudáveis; além disso, a atenção para a questão do álcool e drogas deve contemplar entrevistas, conselho psicológico, manutenção do apoio social, intervenções em situações de crise e orientações sobre o uso do tempo livre;

Além destas observações, Hodgson e Grant (1992) sugerem a constituição de uma “Equipe de Ação Comunitária” com membros dos diversos setores e grupos interessados no desenvolvimento comunitário visando a coordenação das atividades intersetoriais e a negociação de estratégias e decisões sobre as intervenções na questão do álcool e das drogas.

Esta última sugestão, no entanto, não se apresenta como coerente, sobretudo porque todos os profissionais têm um importante papel que deve ser exercido conjuntamente com a comunidade para que a coordenação e as negociações necessárias possam emergir das próprias práticas no território e do cotidiano da comunidade que está no foco da atenção. Ou seja, a “Equipe de Ação Comunitária” compreenderia toda a equipe de um serviço que pretende ser de base comunitária (como é o caso dos CAPS e também das Unidades Básicas de Saúde e Unidades de PSF).

Essa idéia, portanto remete às argumentações de Lancetti (2006) em prol da consolidação de uma “clínica peripatética”, entendida como a clínica praticada fora dos *settings*⁴² habituais na abordagem dos problemas que não têm obtido resposta nos protocolos tradicionais, isto é, uma clínica que seja praticada em movimento e fora dos espaços convencionais possibilitando novas práticas e novas conexões. Tal proposta é apresentada pelo autor como sendo um cerne da clínica antimanicomial, ou seja, objetiva, primordialmente, a interação do usuário com a cidade e as pessoas através de movimentos diversos no âmbito externo da unidade de saúde.

Nesta concepção de clínica, o acompanhamento terapêutico é descrito como: transitar com os pacientes psiquiátricos graves objetivando a conexão com pessoas, locais e atividades; conexão tal, que será estabelecida após o colapso que o surto provoca no entorno social (LANCETTI, 2006).

A idéia de uma “clínica peripatética” surge a partir do anseio perante a pouca abertura dos CAPS para o território, perante a tendência destes serviços de centralizarem-se em si mesmos. Portanto, encontros com familiares no domicílio, atividades ocorridas no território, discussões de caso realizadas no percurso entre a unidade de saúde e o domicílio dos usuários, agenciamentos produzidos com organizações de cooperação, religiosas ou ainda, com produções de arte, constituem-se em *settings* terapêuticos muito mais eficazes e sintonizados com a complexidade dos problemas de saúde mental (LANCETTI, 2006).

Lancetti (2006, p.51) destaca que as ações de saúde mental operadas no território consistem

⁴² Termo utilizado pela psicologia denotando a idéia de espaços, cenários, situações utilizadas para efetivação das técnicas terapêuticas

numa práxis complexa, pois preconiza um ‘percurso clínico’ pelo território geográfico e território existencial das pessoas que estão no foco da atenção: “a experiência de desconstrução manicomial nos ensinou a importância do dentro e do fora do estabelecimento, das bordas como espaço privilegiado de produção de subjetividade cidadã”.

A imagem de uma “clínica em movimento”, no sentido de que as práticas de intervenção transitem pelo território, remete diretamente às ações do Redução de Danos, cujo espaço físico destinado ao programa é utilizado quase que exclusivamente para reuniões entre a equipe, preparação para a saída ao campo, sistematização dos locais a serem acessados, planejamento de oficinas e preenchimento de relatórios e outros formulários com informações sobre o trabalho realizado.

Com base nas evidências teóricas e também num estudo sobre o CAPS ad e o Redução de Danos de um município do Rio Grande do Sul⁴³ pontua-se que os Centros de Atenção Psicossocial têm muito que aprender com o serviço realizado pelas equipes de Redução de Danos, que embora não contem com tamanha equipe multidisciplinar (como no caso dos CAPS), possuem o diferencial de transitar pela comunidade com maior facilidade, agindo de modo a garantir, não só o direito de entrada como o de circulação e permanência nas áreas mais críticas dos bairros mais periféricos dos municípios em que atuam.

Colaborando com este diferencial, o objetivo estratégico das ações do Redução de Danos, conforme descreve Lancetti (2006), não é fazer campanhas preventivas ou de combate às drogas, e sim aproximar-se dessa camada da população a fim de adquirir oportunidades de intervenção e de propor técnicas relacionadas a questões íntimas da vida de cada um, como a sexualidade e o uso de drogas.

De repente, nós entramos na vida dessas pessoas sem vender drogas, sem usar drogas, sem fazer do uso de drogas o nosso carro-chefe. Nós somos pessoas com as quais elas se relacionam sem tirá-las do grupo onde estão, da vida em que vivem e não tentamos trazê-las para o nosso meio; a gente simplesmente se relaciona com elas. Acho que essa intimidade gerada pelos nossos princípios, eu digo assim, uma não-priorização na questão da abstinência, ou seja, nosso princípio é não fazer guerra contra as drogas, e isso também não fica explícito em palavras, mas entende-se por que isso está dentro de nós⁴⁴

Considerando todas estas pontuações, acredita-se que, além do estreitamento das relações entre os serviços de saúde mental ou mesmo unidades básicas de saúde e programa de redução de danos, outro fato que pode auxiliar na transcendência desta dificuldade dos serviços em “exteriorizar suas ações”, consiste na iniciativa por parte dos profissionais de circular “descompromissadamente” pelo território de cobertura do serviço (ou acompanhar algum Agente Comunitário de Saúde). Tal

⁴³ SOUZA, Jacqueline; KANTORSKI, Luciane Prado; GONÇALVES, Sérgio Eduardo; MIELKE, Fernanda Barreto; GUADALUPE, Danieli Bispo. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. Revista de Enfermagem UERJ, v.15, n.2; 2007 p.210-217.

⁴⁴ Fala de Domiciano Siqueira, coordenador do Projeto de Redução de Danos de Porto Alegre em 1998. In: LANCETTI, Antônio. Clínica Peripatética. São Paulo: HUCITEC, 2006.

atividade poderia contribuir para a etapa inicial de romper com idéias pré-concebidas com relação à comunidade ou ainda funcionar como um exercício em prol de conhecer, estar e transitar num espaço que não é o seu e que, portanto, atenua a idéia de poder que comumente delimita a relação profissional x usuário.

Assim, considera-se indubitável a afirmação de Lancetti (2006) de que o início de uma ação deste tipo requer a entrega do terapeuta à causa e sua disponibilidade em trabalhar num ambiente não protegido. Convém ressaltar também, a asserção de More (2005) de que as novas alternativas de intervenção surgem a partir da própria inserção do profissional na comunidade.

Cabe salientar, enfim, que abertura, flexibilidade e interação são palavras-chave que devem nortear as reflexões basilares para a prática comunitária em saúde mental, sobretudo nas questões relacionadas ao álcool e drogas.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com relação às questões metodológicas, é imprescindível apontarmos os principais limites e contribuições que o presente estudo permitiu delinear.

A análise documental consiste numa técnica cujas informações disponíveis sobre sua utilização são escassas. Em se tratando de uma importante ferramenta para a pesquisa qualitativa, a descrição detalhada sobre o uso de tal técnica, bem como a boa revisão teórica apresentada, são contribuições metodológicas importantes do presente estudo.

O uso de mapas conceituais permitiu constatar que se trata de um instrumento inovador e de extrema utilidade para a operacionalização dos dados da pesquisa qualitativa.

Além destes aspectos, vale ressaltar que a observação-participante, configurou-se de fato numa possibilidade de suprir a lacuna que a análise documental deixa no que diz respeito à elucidação da realidade prática, ou seja, da efetivação ou não dos quesitos documentados. Além disso, a riqueza de detalhes do diário de campo possibilitou a evidência das práticas e subjetividades dos trabalhadores, dos usuários e mesmo a preocupação destes em estudar (rodas do saber) e em construir modos de cuidar em liberdade.

Quanto às limitações convém destacar o pouco tempo de permanência no campo e a distância do local definido para o estudo, pois em diversos momentos da pesquisa, após o trabalho de campo, constatou-se que a possibilidade de voltar ao serviço de saúde mental de Alegrete/RS enriqueceria o processo de análise pois permitiria a discussão com a equipe sobre os resultados que iam se delineando, o que proporcionaria um processo de análise dos dados de cunho mais participativo. Convém ressaltar que tais limitações decorrem de questões relacionadas ao tempo e orçamento financeiro disponíveis para o estudo.

Outro aspecto refere-se ao período de coleta dos dados que se deu num período de pré-transição da equipe do CADEQ da estrutura física do CAPS II para o prédio próprio, o que provavelmente tenha alterado o cotidiano dos profissionais; além disso, com a mudança definitiva, talvez as práticas se estructurem de outra forma – aspecto que este estudo não permitiu evidenciar.

O fato de não existir disponível qualquer estudo relacionado à resolubilidade das intervenções desenvolvidas pelo serviço estudado consiste também numa limitação, pois tais evidências possibilitariam uma dimensão mais ampla ao processo analítico do objeto de estudo proposto neste trabalho.

É mister que a concretização de uma pesquisa de caráter acadêmico traga luz para novas descobertas e/ou resolução de problemáticas complexas; no entanto, cremos que, a maior contribuição de quaisquer estudos de cunho científico é trazer à tona novas dúvidas e, conseqüentemente dar indícios de novos percursos que podem ser trilhados na inacabável busca do conhecimento.

Portanto, propomos uma retrospectiva dos pressupostos que sustentaram o objeto de estudo desta pesquisa a fim de pontuar os principais aspectos no tocante aos resultados.

As intervenções de um Centro de Atenção Psicossocial voltadas para indivíduos com problemas pelo uso abusivo de álcool ou drogas, foi delimitado, como objeto investigativo, por alguns pressupostos dentre os quais a premissa de que o uso abusivo das drogas é um problema complexo com implicações de ordem social, que deve ser foco de políticas públicas voltadas para diminuição, inibição e ou prevenção dos seus determinantes. Destarte, a Políticas Nacional sobre Drogas e a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral dos Usuários de álcool e drogas, bem como algumas preconizações da Organização Mundial da Saúde foram erigidos como os pilares do estudo.

Visando contemplar diferentes aspectos deste objeto, utilizou-se de uma operacionalização metodológica com enfoque “teórico-prático”, ou seja, os aspectos teóricos puderam ser apreendidos pela análise documental e os aspectos práticos evidenciados pela observação-participante.

Os documentos permitiram constatar que o funcionamento do serviço, ou seja, processo de trabalho e intervenções possuem uma boa fundamentação teórica e, de uma forma geral, são congruentes com as preconizações das políticas do SUS, da Saúde Mental, bem como com as Políticas do Ministério da Saúde relacionadas ao álcool e outras drogas (quanto à Política Nacional, que é contraditória em suas própria constituição teórica-conceitual e técnica, cabem algumas ressalvas no tocante à sua orientação repressiva e criminalizadora e ao seu ideal de abordagens voltadas para a erradicação das drogas e culpabilização apenas do usuário pelos crimes relacionados ao tráfico – aspectos críticos e que não convergem com a lógica estrutural dos documentos que embasam as práticas do serviço estudado).

A observação das intervenções, por sua vez, apontou como principais aspectos positivos do serviço, no que diz respeito ao objeto do estudo, uma atuação, em geral, propensa às ações intersetoriais (embora a não interação com o Programa de Redução de Danos do município seja uma lacuna neste aspecto); a organização do trabalho permeada pela concepção de rede de serviços; a constante preocupação e empenho para a capacitação dos profissionais da equipe.

Os principais aspectos negativos evidenciados nos resultados consistem na dificuldade de concretização das ações especificamente na comunidade (não obstante isto seja preconizado pelos documentos do serviço), além disso o CAPS não tem estruturado a busca ativa que é uma prática preconizada pela Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral dos Usuários de álcool e drogas e evidenciada como essencial na abordagem a estes indivíduos de acordo com as preconizações da Organização Mundial da Saúde.

Outro aspecto é que a lógica de Redução de Danos, conforme previsto pela Política Nacional, Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral dos Usuários de álcool e drogas e pelos próprios

documentos que embasam as práticas a estes indivíduos no serviço estudado (DOC-4 e DOC-5, especificamente), não foi, em nenhum momento das observações, evidenciada como referencial nas ações do serviço.

Esses aspectos negativos ressaltam o segundo pressuposto que diz respeito à necessidade de intervenções que contemplem os diferentes contextos implicados na questão do uso abusivo de drogas objetivando o fortalecimento da autonomia e poder contratual do indivíduo em prol da manutenção do seu exercício cidadão, isto é, esta asserção destaca a importância da promoção da saúde como estratégia para melhoria da qualidade de vida e resgate da cidadania através de práticas com enfoque na comunidade (redes sociais), ênfase nas políticas públicas e ações intersetoriais.

São prementes, portanto, ao serviço estudado, atuações conjuntas e participativas (equipe e comunidade) e com o mesmo grau de priorização das ações dentro e fora da estrutura física do CAPS – “exteriorização das práticas”, fatores que indicam possibilidades diversificadas de cuidar; ou seja, as preconizações apresentadas por este estudo, prometem bons resultados no âmbito do tratamento em saúde mental aos indivíduos com problemas de abuso de álcool e outras drogas, portanto, uma vez aplicadas e estudadas suficientemente, podem ser tidas como respostas eficientes a um problema tão complexo e tão relacionado a outros fatores que extrapolam o campo da saúde.

Enfim, a contribuição final deste trabalho vem no sentido de que políticas tão limitadas como as referentes ao álcool e outras drogas no Brasil, intervenções que tendem a confinar-se no âmbito do CAPS e cultura de cuidados em saúde não contextualizada à realidade extremamente excludente do nosso país, bem como, dinâmica de trabalho não comprometida suficientemente com a real participação comunitária e com pouco engajamento na atenção dos problemas de ordem social (geração de trabalho e renda, principalmente), são circunstâncias que restringem muito o limiar de resolubilidade de um problema de tamanha complexidade como é o uso abusivo de álcool e outras drogas na atual sociedade.

Assim, a divulgação deste estudo tende a contribuir com os serviços de saúde mental que pretendem atuar numa perspectiva comunitária, pois permite reflexões importantes com relação às intervenções destes serviços. Sobretudo, ao serviço de saúde mental de Alegrete/RS, o resultado desta pesquisa há de enriquecer o processo auto-avaliativo dos profissionais com relação às suas práticas, e possivelmente iluminará, através das problematizações aqui apresentadas, os planejamentos posteriores, principalmente quanto às possíveis mudanças estruturais das intervenções que não de ser desenvolvidas no novo CADEQ.

No âmbito acadêmico, a riqueza de um estudo centrado nas práticas de saúde mental, proporcionam novas possibilidades de estudo, referência e reflexões que contribuem para ampliação do olhar no tocante ao tratamento do portador de sofrimento psíquico e suas complexidades.

Referências

1. AGAMBEN, Giorgio. **Homo Sacer o poder soberano e a vida nua I**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002. 207p.
2. ALMEIDA, Eliane Carnot de. O psicólogo no hospital geral. **Psicologia Ciência e profissão**, Brasília, v.20, n.3, p.24-27, setembro 2000.
3. ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. Psychiatric reform and the challenges posed by deinstitutionalization. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.20, p.299-316, jul/dez 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/03.pdf>> Acessado em: setembro/2007.
4. ANDRADE, Vera; COELHO, Maria Alice Sigaud M. O processo educacional na promoção de ações comunitárias em saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.43, n.1, [on-line], jan/fev/mar 1997. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_43/v01/artigo4_completo.html> Acessado em outubro/2007.
5. ARANHA E SILVA, Ana Luisa; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Os nexos entre concepção do processo saúde/doença mental e as tecnologias de cuidados. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.6, p.800-6, nov/dez 2003.
6. ARENDT, Ronald João Jacques. Construtivismo ou construcionismo? Contribuições deste debate para a psicologia social. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.8, n.1, p.5-13, jan/abr 2003.
7. BARDIN, Lawrence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1997. 176p.
8. BATISTA E SILVA, Martinho Braga. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.127-150, jan/jun 2005.
9. BECK, Judith S. **Terapia Cognitiva: teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 348p.
10. BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Resolução nº003/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005. **Revista Jurídica do Ministério da Defesa**, Brasília, n.5, p.145-152, março, 2006a.
11. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº196, 10 de outubro de 1996. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out 1996. Seção 1, p.21082.
12. BRASIL. Lei nº10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 abr 2001. Seção 1, p.2.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica/ Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de álcool e outras Drogas/ Ministério**

da Saúde. 2.ed. rev. Ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 86p.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Legislação em saúde mental 1990 – 2004**. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde** /Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004d. 48 p
19. BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviço: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Portaria nº336, 19 de fevereiro de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev 2002a. Seção1, p.22-3.
20. BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Portaria nº198, 13 de fevereiro de 2004. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 fev 2004. Seção 1, p.37.
21. BRASIL. Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. Portaria nº816, 30 de abril de 2002b. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 maio 2002b. Seção 1, p.29-30.
22. BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde/ Ministério da Saúde. Inclui na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS os procedimentos que podem ser cobrados pelos Centro de Atenção Psicossocial cadastrados no SUS, instituindo nova sistemática de financiamento e estabelece os procedimentos necessários para o cadastramento de CAPS junto ao Ministério da Saúde. Portaria 189, 20 de março de 2002. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 março 2002c. Seção 1, p.108.
23. BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In: Bravo et al. (org). **Saúde e Serviço Social**. Rio de Janeiro: Cortez/UERJ; 2004, p.40-45.
24. CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. Apresentação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2001. p.11-16.
25. CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (orgs). Construção da integralidade: cotidiano,

- saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/Abrasco, 2003. p.35-44.
26. CAMPOS, Carlos Eduardo Aguilera. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.569-584, 2003.
 27. CAMPOS, Florianita Coelho Braga. Desafios da gestão de rede de atenção em saúde mental para o cuidar em liberdade. Disponível em: http://www.exclusion.net/images/pdf/425_luheg_desafios.PDF Acessado em: setembro/2007.
 28. CAMPOS, Gastão Wagner; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, fev 2007.
 29. CAPLAN, Gerald. Princípios de **Psiquiatria Preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. 324p.
 30. CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, José Carlos F.; NOTO, Ana Regina; NAPPO, Solange A. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo 107 cidades do país**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre drogas psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.
 31. CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. A reemergência das solidariedades microterritoriais na formação da política social contemporânea. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.11, n.4, out/dez 1997.
 32. CASTAÑON, Gustavo Arja. Construcionismo social: uma crítica epistemológica. **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto, v.12 n.1 p.67-81, 2004.
 33. CASTIEL, Luiz David. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n.5, p.615-22, outubro 2004.
 34. CASTRO, Roberto; CAMPERO, Lourdes & HERNÁNDEZ, Bernardo. La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31 n.4 p.425-35, agosto 1997.
 35. CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, set 2004/fev 2005.
 36. CECCIM, Ricardo Burg; MAYER, Rose Teresinha de Rocha; MEYER, Rosa; BELLOC, Márcio Mariath. Educação e assessoramento em redução de danos atenção integral à saúde para usuários de drogas e sua rede social. In: FERLA, Alcindo Antônio; FAGUNDES, Sandra Maria Sales (orgs). **O fazer em saúde coletiva: inovações da atenção à saúde no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Da Casa: Escola de Saúde Pública/RS, 2002. p.192-215.
 37. CKAGNAZAROFF, Ivan Beck; MOTA, Nomaston Rodrigues. Relação entre descentralização e intersetorialidade. In: Third International Conference - Iberoamerican Academy of Management - **Management in Iberoamerican Countries: Current Trends and Future Prospects** (Track: PUBLIC ADMINISTRATION, nº paper 202). Brazil/São Paulo, December 07-10, 2003. Disponível em: www.fgvsp.br/iberoamerican/Papers/0202_Relacionamento%20entre%20Descentralizacao%20e%20Intersetorialidade.pdf Acessado em setembro/2007.

38. COIMBRA, Valéria Cristina Christello. **O acolhimento num Centro de Atenção Psicossocial**. 2003. 171p. Dissertação (mestrado em enfermagem psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
39. CONGIL, Txus; IRURETAGOIANA, Oihuana; MENDIOLA, Marian; SIMÓN, Bego; SUÁRES, Maribe; SERRANO, Unai; ARZA, Javier; OLABEAGA, Pakea. **Estudio sobre el Tratamiento de la prensa del País Vasco del fenómeno de las drogodependencias en las décadas de los 80 y 90**. Hernani, 2004. Disponível em: <<http://www.askagintza.com>> Acessado em fevereiro/2007.
40. CONILL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1417-1423, set/out 2004.
41. COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Aprova o código de ética dos profissionais de enfermagem. Resolução nº 311 de 8 fevereiro de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, p.81-83, fev. 2007.
42. COPELLO, Alex; WILLIAMSON, Emmie; ORFORD, Jim; DAY, Ed. Implementing and evaluating Social Behaviour and Network Therapy in drug Treatment practice in the UK: a feasibility study. **Addictive Behaviours**, v.31, n.5, p.802-810, may 2006.
43. COSTA, Ana Maria. Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n.3, p.5-15, set/dez 2004.
44. COSTA-ROSA, Abílio da. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, Paulo (organizador). **Ensaio – subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro : FIOCRUZ, 2000. 314p.
45. COSTA-ROSA, Abílio da; LUZIO, Cristina Amélia; MENDES, Márcia Cristina Schwarz; FLOREZI, Patricia. Uma experiência de Pronto Atendimento em saúde mental coletiva. **Estudos de Psicologia PUC**, Campinas, v.21, n.2, p.101-115, mai/ago 2004.
46. DALGARD, Odd Steffen & HÅHEIM, Lise Lund. Psychosocial risk factors and mortality: a prospective study with special focus on social support, social participation, and locus of control in Norway. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.52, p.476-481, aug 1998.
47. DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – notas teóricas. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (orgs). **Pesquisa Qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p.99-120.
48. DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, Barbacena, v.IV, n.006, p.69-83, jun 2006. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/420/42000607.pdf>> Acessado em: setembro/2007.
49. DUARTE, Jorge; BARROS, Antônio (orgs.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 2006. 380p.
50. DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar n.24**. Curitiba: Editora UFPR, 2004. p.213-225.
51. ELIAS, Paulo Eduardo; FERREIRA, Clara Whitaker; ALVES, Maria Cecília Góis; COHN, Amélia; KISHIMA, Vanessa; ESCRIVÃO JÚNIOR, Álvaro; GOMES, Adriana; BOUSQUAT, Aylene.

- Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.633-641, jul/set 2006.
52. ELLIS, Bruce; BERNICHON, Tiffany; YU, Ping; ROBERTS, Tracy & HERRELL, James M. Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. **Evaluation and Program Planning**, v.27, n.2, p.213-221, may 2004.
 53. FILOMENO, Karina. Do construtivismo ao construcionismo social. In: FILOMENO, Karina. **Da cibernética à teoria familiar sistêmica: em resgate dos pressupostos**. 2002. Monografia apresentada ao MOVIMENTO: Instituto e Clínica Sistêmica de Florianópolis. Disponível em: <http://www.sistemica.com.br/docs/Karina%20Filomeno.doc>. Acessado em: fevereiro/2007.
 54. FOCCHI, Guilherme Rubino de Azevedo; ANDRADE, Arthur Guerra de. Abordagens não farmacológicas das dependências. In: FOCCHI, Guilherme R. de Azevedo; LEITE, Marcos da Costa; LARANJEIRA, Ronaldo; ANDRADE, Arthur G. de. **Dependência Química: novos modelos de tratamento**. São Paulo: Roca, 2001. p.19-48.
 55. FOUCAULT, Michel. Vigiar e Punir: o nascimento da prisão. 24.ed. Petrópolis: Vozes, 2001. 262p.
 56. FRANCO, Tulio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.345-353, abr/jun 1999.
 57. FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 45.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 213p.
 58. GALDURÓZ, José Carlos F; NOTO, Ana Regina; NAPPO, Solange A.; CARLINI, E.A. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, (nº especial), p.888-895, out 2005.
 59. GAVA, Tânia Barbosa Salles; MENEZES, Crediné Silva de; CURY, Davidson. Applying Concept Map in Education as a Metacognitive Tool. In: Proceedings of the International Conference on Engineering and Computer Education – ICECE 2003. São Vicente/SP: meio digital. Disponível em português em: www.nte-jgs.rct-sc.br/mapas.htm Acessado em: setembro/2007.
 60. GELAIN, Ivo. **Deontologia e Enfermagem**. 3.ed. São Paulo: EPU, 1998. 141p.
 61. GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção Primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, jun 2006.
 62. GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Roseni. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Rio de Janeiro, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf> Acessado em: setembro/2007.
 63. GOSSOP, M; GRANT, M. **Prevención y control del abuso de drogas**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1990. 147p.
 64. GRANT, Marcus; HODGSON, Ray. Respuesta a los problemas de drogas y alcohol en la comunidad: manual para los agentes de atención primaria de salud con orientaciones para los

instructores. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1992. 116p.

65. GUAJARDO, Alejandro; MADARIAGA, Carlos; DÍAZ, Mónica; MONDACA, Margarita; SEQUEL, Jorge. Formação de agentes comunitários em saúde mental. Uma experiência de taller. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Santiago Chile, v.XIV, n.4, p.183-189, 1997.
66. GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; OLIVEIRA, Fernanda Pacheco de; GIANNECHINI, Letícia Goldenberg; COMUNELLO, Luciele Nardi; PACHECO, Milena Leal. A rua, a casa e a escola: a construção de identidade de meninos e meninas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ/Rio de Janeiro, Artigo 7, n.2, 2º.semestre, 2002. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v2n2/artigos/Artigo%207%20-%20V2N2.pdf>> Acessado em setembro/2007.
67. GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima; WEBER, Andrei; COMUNELLO, Luciele Nardi; NARDINI, Milena. Discussões sobre violência: trabalhando a produção de sentidos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.19 n.1, p.122-130, 2006. Disponível em: www.scielo.br/prc. [Acessado em fev/2007]
68. GUZMÁN, José Miguel; HUENCHUAN, Sandra; OCA, Verônica Montes de. Marco teórico conceptual sobre redes de apoyo social de las personas mayores. In: Nações Unidas/CEPAL - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). División de Población Cooperazione Italiana. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). **Seminários e Conferências série 30. Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe**. Santiago de Chile, 2003. Disponível em: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/14182/lcl1995_1.pdf. [acessado em dezembro/2006].
69. HARTZ, Zulmira M. de Araújo; CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, suplemento 2, p.331-336, 2004.
70. HENNINGTON, Élida Azevedo. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.256-265, jan/fev 2005.
71. IBGE **Síntese de Indicadores Sociais 2002**. acessado em 18 de janeiro de 2007.
72. IGLESIAS, María Elinor Dulzaidés; GÓMEZ, Ana María Molina. Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. **ACIMED**, Ciudad de La Habana, v.12, n.2, mar-abr 2004. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000200011&lng=es&nrm=iso [Acessado em julho/2007]
73. INFANTE, Cláudia; ABREU, Luís Felipe. Proposta de um modelo conceitual para abordar as queixas médicas a partir da perspectiva do usuários. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (orgs). **Pesquisa Qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p.175-220.
74. INOJOSA, Rose Marie. Saúde: esgarçamento e reconstituição da rede social. **RAP - Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.6, p.105-116, nov/dez 2000.
75. INOJOSA, Rose Marie. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Cadernos FUNDAP**, São Paulo, n.22, p.102-110, 1º sem 2002. Disponível em: <<http://www.fundap.sp.gov.br/publicacoes/cadernos/cad22/dados/Inojosa.pdf>> Acessado em:

setembro/2007.

76. JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. Articulações entre o serviço público e o cidadão. X Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 18-21 Oct.2005. Painei: **A qualificação de profissionais na interface serviço público/cidadão**. Coordenador: Luciano ^a Prates Junqueira. Disponível em: <<http://www.clad.org.ve/fulltext/0052306.pdf>>
77. JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.6, p.35-45, nov/dez 2000.
78. JUNQUEIRA, Luciano Antônio Prates. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.6, n.2, p.31-46, ago/dez 1997.
79. KADUSHIN, Charles. Some Basic Network Concepts and Propositions. In: **Introduction to Social Network Theory**. DRAFT, 2004. Disponível em: <http://home.earthlink.net/~ckadushin/Texts/Basic%20Network%20Concepts.pdf>. [acessado em dezembro/2006]
80. KANTORSKI, Luciane Prado; JARDIM, Vanda Maria da Rosa; COIMBRA, Valéria Cristina Christello; OLIVEIRA, Michele Mandagará; HECK, Rita Maria. A integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, p.434-441, jul/set 2006.
81. KANTORSKI, Luciane Prado; LISBOA, Liliane de Mello; SOUZA, Jacqueline de. Grupo de prevenção de recaídas de álcool e outras drogas. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.1, n.1, p.01-15, fev 2005. Disponível em <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>. Acessado em fevereiro/2007.
82. KODA, Mirna Yamazato. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial**. 2002. 195p. Dissertação (mestrado em psicologia social) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
83. LANCETTI, Antônio. **Clínica peripatética**. São Paulo: HUCITEC, 2006. 126p.
84. LARANJEIRA, Ronaldo & ROMANO, Marcos. Consenso brasileiro sobre políticas públicas do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v.26, suplemento I, p.68-77, maio 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a17v26s1.pdf>> Acessado em: fevereiro/2007.
85. LAVILLE, Christian; DIONE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999. 340p.
86. LINO, Mônica Motta; BACKES, Vânia Marli Schubert; SCHIMIDT, Sandra Marcia Soares; FERRAZ, Fabiane; PRADO, Marta Lenise do; MARTINS, Sabrina Telma. The reality nursing continuing education in the Public Health Services: a descriptive study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói, v.6, n.0, [online], 2007.
87. LINS, Carlos Estellita; OLIVEIRA, Verônica Miranda; COUTINHO, Maria Fernanda. Clínica ampliada em saúde mental: cuidar e suposição de saber no acompanhamento terapêutico.

- Revista Ciência e Saúde Coletiva online**, Rio de Janeiro, artigo 0450/2007. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=972 Acessado em setembro/2007.
88. LORENZO, Cláudio. Vulnerabilidade em Saúde Pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v.2, n.3, p.299-312, 2006.
 89. MACEDO, Zamir Doile. **Dificuldades que afetam os profissionais da saúde mental na rede pública da região oeste de Santa Catarina**. 2005. 45p. Dissertação (mestrado em saúde coletiva) - Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba, 2005.
 90. MACHADO, Jorge Mesquita Huet; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Promoção da saúde e intersetorialidade: a experiência da vigilância em saúde do trabalhador na construção de redes. **Epidemiologia Serviço Saúde**, Brasília, v.12, n.3, p.121-130, set 2003.
 91. MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Crstina Campello. Loucura e Subjetividade. In: MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello; BARROS, Maria Elisabeth (orgs). **Texturas da Psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p.45-58.
 92. MACHADO, Maria de Fátima Antero Souza; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.335-342, mar/abr 2007.
 93. MANZINI-COVRE, Maria de Lourdes. **O que é cidadania**. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 2006. 78p.
 94. MARIANI, Vergínia Aparecida. O resgate da cidadania através da alfabetização com pacientes renais crônicos em clínica de hemodiálise. [on-line] Disponível em: http://www.cereja.org.br/arquivos_upload/verginia_ap_mariani_resgate_%20cidadania.pdf. Acessado em setembro/2007.
 95. MARINHO, Maria Celina Novaes. Em busca do saber itinerante. In: OKADA, Alexandra Lilaváti P. Livro Digital “e-mapbook” - Curso online “Uso de software na pesquisa qualitativa – PUC-COGEAE, 2004/2005. Disponível em: www.projeto.org.br/emapbook/ Acessado em: setembro/2007.
 96. MATTOS, Ruben Araújo. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, set/out 2004.
 97. MAY, Sylvia; WEST, Robert; HAJEK, Peter; McEWEN, Andy & McROBBIE, Hayden. Randomized controlled trial of a social support ('buddy') intervention for smoking cessation. **Patient Education and Counseling**, v.64, n.1/3, p.235-241, dec 2006.
 98. MEIRELLES, Betina Hömer Schlindwein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.5, n.1, p.67-74, jan 2006.
 99. MELLO, Veridiana Pivetta de. Papo-cabeça: a experiência de uma oficina de rádio para usuários de serviços de saúde mental. INTERCOM – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação - XXIV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Campo Grande – MS. Disponível em:

<<http://reposcom.portcom.intercom.org.br/dspace/bitstream/1904/4961/1/NP13MELLO.pdf>>
Acessado em: setembro/2007.

100. MENDES, Eugênio Vilaça. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.2, n.4, p.533-552, dez1986.
101. MERCADO-MARTÍNEZ, Francisco J. O processo de análise qualitativa dos dados na investigação sobre serviços de saúde. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (orgs). **Pesquisa Qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p.137-174.
102. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992. 269p.
103. MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.35-42, jan-mar, 1998.
104. MORE, Carmen L. Ojida Ocampo. As redes pessoais como instrumento de intervenção psicológica no contexto comunitário. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v.15, n.31, p.287-297, mai/ago 2005.
105. MOREIRA, Sonia Virgínia. Análise documental como método e como técnica. In: DUARTE, Jorge; BARROS, Antonio (org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em Comunicação**. São Paulo: Atlas, 2005. p.269-279.
106. NASCIMENTO, Ari Bassi. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.11, n.1, p.185-190, jan-abr, 2006.
107. NETTO, José Paulo. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social: Módulo 1: Crise Contemporânea, questão social e serviço social – Brasília: UnB, Cead, 2000. p.93-110. Disponível em: <http://www.fnepas.org/pdf/servico_social_saude/texto2-1.pdf> Acessado em outubro/2007.
108. NICACIO, Fernanda ; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Instituições de portas abertas: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 40-46, 2005.
109. NOTO, Ana Regina; GALDURÓZ, José Carlos F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4 n.1, p.145-151, 1999.
110. OLIVEIRA, Alfredo Almeida Pino de. **Análise Documental do processo de capacitação dos multiplicadores do projeto “Nossas crianças: Janelas de oportunidades” no município de São Paulo à luz da Promoção da Saúde**. 2007. 210p. Dissertação (mestrado em enfermagem em saúde coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.
111. OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro; ALESSI, Neiry Primo. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na Reforma Psiquiátrica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.191-203, 2005.
112. OLIVEIRA, Ivanilde Apoluceno de. Programa Educação Popular de jovens e adultos: processo de inclusão escolar e social do Núcleo de Educação Popular Paulo Freire-NEP-UEPA. Projeto vencedor (2º lugar) do Prêmio Instituto Unibanco 2005/2006. Disponível em: <www.unibanco.com.br/arq/publicacao/int/pre/proj_case2_ivanilde.pdf> Acessado em: setembro/2007.

113. ORTEGA, José Luis; INFANTE, Claudia; PALACIOS, Esther Tavera. A duplicação de serviços como expressão de insatisfação dos pacientes. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (orgs). **Pesquisa Qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p.337-362.
114. PATTON, Michael Quinn. **Qualitative research and evaluation methods**. 3rd ed. Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications, Inc., 2002. 688p.
115. PECHANESKY, Flávio. Treatment for drug and alcohol problems in Brazil: A puzzle with missing pieces. **Journal of Psychoactive Drugs**, v.27, n.1, p.117-123, 1994.
116. PECHANESKY, Flavio; HALPERN, Sílvia C.; SOILBELMAN, Mauro; BICCA, Carla; SZOBOT, Cláudia Maciel; LIMA, Ana Flávia Barros da Silva; SHIBA, Akemi Scarlet. Limites e alternativas para a implementação de um programa para dependentes químicos em risco para infecção pelo HIV utilizando o conceito de Rede Social. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, jan./fev., 2001. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em: 18 out. 2004.
117. PELUSO, Marco Aurélio Monteiro; ANDRADE, Laura Helena Silveira Guerra de. Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. **Clinics**, São Paulo, v.60, n.1, p.61-70, jan/fev 2005.
118. PEREIRA, Lygia Maria de; GIORDANO JÚNIOR, Sylvio. Saúde Mental. In: SCHRAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Inês Baptistella; MENDER-GONÇALVES, Ricardo Bruno (orgs). **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p.133-150.
119. PÉRON, Catiane; NINCE, Mariani Vicentin. Experiência da reabilitação baseada na comunidade numa Unidade de Saúde da Família no município de Diamantino (MT) **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, v.30, p.103-106, mar 2004.
120. PILLON, Sandra Cristina; LUIS, Margarita Antonia Villar & LARANJEIRA, Ronaldo. Nurses' training on dealing with alcohol and drug abuse: a question of necessity. **Revista Hospital das Clínicas**, São Paulo, v.58, n.2, p.119-124, 2003.
121. PIMENTEL, Alessandra. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.114, p.179-195, nov 2001.
122. PINHO, Márcia Cristina Gomes. 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. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/pdf/v08/m326103.pdf>> Acessado em: setembro/2007.
123. PROAD (Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes). **O que é a "Redução de Danos" e a "Redução de Riscos"**. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA. Disponível em www.unifesp.br/dpsiq/proad/reducao.htm, acessado em 01/dezembro/2004.
124. RAIMUNDO, Helder F. Como fazer análise documental. In: RAIMUNDO, Helder. **...Socializar por aí...**; 2006. Disponível em: <http://educacaeic.blogspot.com/2006/10/como-fazer-analise-documental.html> [Acessado em julho/2007].
125. RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.27-34, jan/fev 2003.

126. RASERA, Emerson Fernando; GUANAES, Carla; JAPUR, Marisa. Psicologia, Ciência e Construcionismos: dando sentido ao self. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.17, n.2, p.157-165, 2004.
127. RASERA, Emerson Fernando; JAPUR, Marisa. **Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia**. Universidade Federal de Uberlândia e FFCLRP-USP, 2005. Disponível em www.sites.fflcrp.usp.br/paideia/artigos/30/04.doc. [Acessado em fev/2007]
128. REBOLLEDO, Nestor Ortiz; COSTA, Maria Cristina. Significados y contradicciones del fenómeno de las drogas: drogas lícitas é ilícitas en Chile. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, número especial, p.903-911, set-out 2005.
129. RICHARDSON, Roberto Jarry e colaboradores. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999. 333p.
130. RIGOTTO, Simone Demore, GOMES William Barbosa. Contextos de Abstinência e de Recaída na Recuperação da Dependência Química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.18, n.1, p.95-106, jan/abr 2002.
131. RIOS, Ediara Rabello Girão; FRANCHI, Kristiane Mesquita Barros; SILVA, Raimunda Magalhães da; AMORIM, Rosendo Freitas de; COSTA, Nhandeyjara de Carvalho. Senso comum, ciência e filosofia – elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.501-509, mar/abr 2007.
132. ROMANÍ, Oriol. Criterios de prevención: un debate necesario. In: HOPENHAYN, Martín (org). **Prevenir en drogas: enfoques integrales y contextos culturales para alimentar buenas prácticas**. Santiago de Chile: División de Desarrollo Social/ Nações Unidas/ CEPAL-ECLAC, 2002. p.9-14. Disponível em: <<http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/11309/1cl1789e-P.pdf>> Acessado em fevereiro/2007.
133. ROSS, Beverly; COBB, Karen L. **Family Nursing: A Nursing Process Approach**. Redwood City, California: Addison-Wesley Nursing, 1990. 269p.
134. ROTH, Patrícia. Family Social Support. In: BOMAR, Perri J. **Nurses and Family Health Promotion: concepts, assessment and interventions**. Philadelphia: W.B. Saunders, 1996. p.107-120.
135. SANCHEZ, Ricardo B. **Análisis de las construcciones discursivas respecto de las drogas, los consumidores y el consumo, comprometidas en la ley 19.366 de 1995, a través del análisis de las transcripciones de la discusión parlamentaria**. 2005. 181p. (Memoria para optar al título de psicólogo) - Departamento de Psicología/Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago, 2005. Disponible em http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/sanchez_r/sources/sanchez_r.pdf. [acessado em janeiro/2007]
136. SARACENO, Benedetto. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá Editora; 1999. 175p.
137. SCARCELLI, Ianni Régia. Trabalhadores em saúde mental na construção de práticas antimanicomiais: a rede substitutiva no município de São Paulo. In: VIEIRA, Maria Cláudia Tedeschi; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; FERNANDES, Maria Inês Assumpção Cabral (orgs). **Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo**. São Paulo: Editora

Universitária, 1999. p.297-320.

138. SCHENKER M., MINAYO M.C.S. A importância da Família no Tratamento do Uso Abusivo de Drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.649-59, mai/jun 2004.
139. SCHIMITH, Maria Denise; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1487-1494, nov/dez 2004.
140. SCHROEDER, Jennifer R.; LATKIN, Carl A.; HOOVER, Donald; CURRY, Aaron D.; KNOWLTON, Amy R.; CELENTANO, David D. Illicit Drug Use in One's Social Network and in One's Neighborhood Predicts Individual Heroin and Cocaine Use. **Annals of Epidemiology**, v.11, n.6, p.389-394, aug 2001.
141. SCIVOLETTO, Sandra. Tratamento Psiquiátrico de Adolescentes UD. In: FOCCHI, Guilherme Rubino de Azevedo; LEITE, Marcos da Costa; LARANJEIRA, Ronaldo; ANDRADE, Arthur Guerra de. **Dependência Química: novos modelos de tratamento**. São Paulo: Roca, 2001. p.65-85.
142. SCOTT, J; WILLIAMS, JMG, BECK, AT (org). **Terapia cognitiva na prática clínica – um manual prático**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
143. SHANKLAND, Alex; CORNWALL, Andrea; FLEMING, Sue; GAVENTA, John; NIERRAS, Rose Marie. Abrindo espaços para a cidadania: como ampliar os “novos espaços democráticos” para intensificar a participação dos cidadãos. **IDS Policy Briefing**, n.27, mar 2006. Disponível em: <http://drc-citizenship.org/docs/publications/spaces_for_change/PB/IDS_PB27_Portuguese_LOWRES.pdf> Acessado em: setembro/2007.
144. SILVA, Silvio Fernandes. Planejamento em Unidades Básicas de Saúde: noções de planejamento, estratégia e modelo assistencial. **Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva/NESCO**, Paraná, v.1, n.2, p.65-74, jun 2000. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v1n2/download_artigos1.htm> Acessado em: outubro/2007.
145. SILVEIRA, Marília Rezende; ALVES, Marília. 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.
146. SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luíza Stiebler. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estudos e Pesquisas em Psicologia UERJ**, Rio de Janeiro, ano 5, n.1, p.92-101, 1º sem 2005.
147. SLUZKI, Carlos E. **A Rede Social na Prática Sistêmica: alternativas terapêuticas**. Cláudia Berliner. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997. 147p.
148. SOARES, Teresa Cristina. “A vida é mais forte do que as teorias” o psicólogo nos serviços de atenção primária à saúde. **Psicologia, ciência e profissão**, Brasília, v.25, n.4, p.560-601, dez 2005. Disponível em: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S1414-98932005000400008&script=sci_arttext&tlng=pt> Acessado em: setembro/2007.
149. SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado. Embasamento Político das Concepções e

- Práticas Referentes às Drogas no Brasil. **SMAD Revista Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.3, n.2 .1-16, 2007. Disponível em: <<http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>> 2007.
150. SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado; MIELKE, Fernanda Barreto. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS ad. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v.2, n.1, p.01-17, 2006. Disponível em <http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp>.
 151. SOUZA, Jacqueline; KANTORSKI, Luciane Prado; GONÇALVES, Sérgio Eduardo; MIELKE, Fernanda Barreto; GUADALUPE, Danieli Bispo. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.210-217, abr/jun 2007.
 152. SOUZA, Waldir da Silva. Associações civis em saúde mental no Rio de Janeiro: democratizando os espaços sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.933-939, jul/ago 2001.
 153. STASEVSKAS, Yanina Otsuka; MAXIMINO, Viviane Santalucia. A rede e o sentido. In: VIEIRA, Maria Cláudia Tedeschi; VICENTIN, Maria Cristina Gonçalves; FERNANDES, Maria Inês Assumpção Cabral (orgs). **Tecendo a rede: trajetórias da saúde mental em São Paulo**. São Paulo: Editora Universitária, 1999. p.155-167.
 154. TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (orgs). **Pesquisa Qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p.121-136.
 155. TAVARES, Cláudia Mara. Oficina de arte: atuação terapêutica da enfermeira psiquiátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.50, n.4, p.569-576, 1997.
 156. TEIXEIRA, Mirna Barros; LIMA, Edmilson Duarte de. Grupos como uma estratégia do programa de saúde da família e como dispositivo no campo da saúde mental. **ACADEMUS Revista Científica da Saúde, Rio de Janeiro**, v.4, n.1, p.39-56, jan/mar 2005.
 157. TOLEDO, Bruna. **Repensando a prática profissional em saúde mental: o profissional de referência como meio para instituir desvio na clínica**. 2007. 21p. Monografia (Aprimoramento Profissional em Saúde Mental Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.
 158. TRACY, Elizabeth M.; MARTIN, Toby C. Children's roles in the social networks of women in substance abuse treatment. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v.32, n.1, p.81-88, jan 2007.
 159. TRIVIÑOS, Augusto Ribaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. 178p.
 160. TRONCOSO, Marcela; ALVAREZ, Cláudia; SEPULVEDA, Rafael. Redes Sociales, Salud Mental y Esquizofrenia. Una revisión del tema. **Revista de Psiquiatria Clínica**, Santiago Chile, v.XII, n.12, p.67-73, 1996.
 161. UCHIMURA, Kátia Yumi; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. A polissemia da qualidade na avaliação

de programas e serviços de saúde – resgatando a subjetividade. In: BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (orgs). **Pesquisa Qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Editora Vozes, 2004. p.75-98.

162. VALLADARES, Ana Cláudia Afonso; LAPPANN-BOTTI, Nadja Cristiane; MELLO, Rosâne; KANTORSKI, Luciane Prado; SCATENA, Maria Cecília M. Reabilitação Psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.5, n.1, p.04–09, jan/jun 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/Revista.htm>> Acessado em fevereiro/2007.
163. VARELLA, Maria do Rosário Dias; LACERDA, Fernanda; MADEIRA, Michelângela. Acompanhamento Terapêutico: da construção da rede à reconstrução do social. **Psychê**, São Paulo, n.18, ano X, p.129-140, set 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/pdf/psyche/v10n18/v10n18a13.pdf>> Acessado em: setembro/2007.
164. VASCONCELOS, Eduardo. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v.1, n.0 [on-line]; 2004. Disponível em: <<http://www.cliopsyche.cjb.net/mnemosine/viewarticle.php?id=10&layout=html>> Acessado em: setembro/2007.
165. VIEIRA, José Luiz Lopes; PORCU, Mauro; ROCHA, Prscila Garcia Marques da. A prática de exercícios físicos regulares como terapia complementar ao tratamento de mulheres com depressão. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.56, n.1, p.23-28, 2007.
166. WANDERLEY, Mariangela Belfiore. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, Bader (org). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 6.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999. p.16-26.
167. WESTPHAL, Márcia Faria, MENDES, Rosilda. Cidade Saudável: Uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **RAP – Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.6, p.47-61, nov/dez 2000
168. WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. **Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família**. 3.ed. São Paulo: Roca, 2002. 327p

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 068/06

Pelotas, 8 de agosto de 2006.

Ilma.sra.
Luciane Prado Kantorski

Projeto: **"Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil"**

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-la que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por este Comitê de Ética em Pesquisa, na reunião de 04 de agosto de 2006, quanto às questões éticas e metodológicas, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a resolução 196/96 do CNS.

Profª. Maria Elizabeth de O. Urtiaga
Coordenadora do CEP/FM/UFPEL

ANEXO B

ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO DA OBSERVAÇÃO DE CAMPO

SERVIÇO

- Números de salas e distribuição;
- Ambiente (privacidade, ruídos, limpeza, iluminação);
- Adequação para o trabalho desenvolvido (espaço, decoração, luminosidade);
- Oferta de atendimentos (tipo de atividades, oficinas, atendimentos individuais, grupos, visita domiciliar, entre outros);
- Características dos usuários (por modalidade - intensivo, semi-intensivo ou não-intensivo - faixa etária, gravidade, condição social e econômica, etc.);
- Como funciona o serviço (características, horário, entre outros);
- Oferta de atendimentos (tipos, distribuição, características);
- Observar como se dá o planejamento das ações no serviço (em que momento e espaço se planeja, com que periodicidade);
- Observar de que forma a informação, os indicadores, a identificação dos riscos e problemas no território orientam o planejamento das ações em saúde;
- Existe algum tipo de avaliação das ações?
- Como se dá o acesso, o acolhimento dos usuários, como é estabelecido o seu plano terapêutico, como é definido quem é paciente a ser atendido no CAPS, o que se faz com aquele que não se enquadra nestes critérios
- Como funciona o serviço (características, projeto terapêutico, horário, entre outros);
- Cronograma de atividades;
- Como o serviço faz os movimentos de articulação no território
- Quais as propostas do serviço no sentido da inserção social do usuário no território (considerar eixos: casa, trabalho e lazer)
- Como o serviço se organiza para fazer a comunicação e a regulação da rede de serviços de saúde mental
- Observar as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com a Secretaria Municipal de Saúde - movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento;
- Observar as relações do serviço (coordenador, trabalhadores, usuários e familiares) com o Conselho Municipal de Saúde - movimentos de diálogo, negociação, enfrentamento, participação, representatividade;

ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS

- Profissional/profissionais que realizaram o atendimento;
- Identificação do problema que levou a procurar o serviço;
- Relação usuário e profissional;
- Escuta;
- Exame físico e psíquico;
- Uso do roteiro;
- Uso de normas do serviço (rígida ou não);
- Conduta do profissional frente ao caso;
- Como o usuário foi recebido;
- Recebeu informações necessárias sobre a intervenção;
- Como o usuário recebeu esta intervenção;
- Aceitação da intervenção pelo usuário;
- Quem agenda os atendimentos (de que forma se dá o acesso do usuário ao CAPS);

- Quais os critérios são utilizados para viabilizar o acesso ao atendimento? Qual o tempo médio entre a marcação e o acesso à consulta?
- Que critérios são utilizados para rechaço de demanda (demanda reprimida). Se há usuários que voltam sem serem atendidos
- Quem realiza a seleção das consultas que não são marcadas ou agendadas, ou que não se concretizam em atendimentos feitos pela equipe;
- Quem e que orientação é feita para quem não consegue atendimento no CAPS;
- Como é o acesso a outros atendimentos, como oficinas, visitas domiciliares, grupos, projetos de geração de renda e trabalho;
- Como é feito o agendamento para retorno ao CAPS;
- Observar práticas de recepção e escuta no CAPS;
- Observar recepção de usuários que consomem álcool e/outras drogas e detalhar os desdobramentos do atendimento a estes usuários em particular;

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Como se dá o atendimento das situações de urgência e emergência o CAPS e qual o tempo de espera;
- Quais são os critérios para atendimento de situações de urgência e emergência no CAPS? E para o não atendimento destas situações?
- Quais as dificuldades encontradas no atendimento de situações de urgência e emergência no CAPS;
- Em que situações se encaminha e para onde se encaminha (Pronto Socorro, Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico e outros)? Como ocorre este encaminhamento (verbal, por escrito, por telefone é feito contato entre os profissionais, alguém do CAPS acompanha, especificar)?
- Quais as dificuldades encontradas no encaminhamento de situações de urgência e emergência a partir do CAPS? E quais as estratégias de superação?
- Observar no quanto o fluxo é cumprido (a flexibilidade para captar as necessidades de cada usuário e a criatividade para viabilizar soluções);
- Observar se ocorre contra-referência e de que forma ela acontece;

REUNIÕES

- Que tipo de reuniões são realizadas (de equipe, do Conselho Local de Saúde, outras);
- Quais os temas, conteúdos, características destas reuniões (administrativas, técnicas, discussão de casos, de supervisão, planejamento, avaliação)? Quem participa das reuniões, qual a periodicidade e o tempo de duração?
- Quem coordena as reuniões e quem determina as pautas?

REGISTROS

- Como são feitos e usados os registros;
- Verificar o conteúdo dos registros (olhar alguns prontuários);
- Verificar como se faz o arquivamento das informações, quais os critérios de arquivamento, se há duplicidade de informações arquivadas;
- Verificar no registro a existência de planos terapêuticos integrados;
- Verificar as características do registro de atividades de grupos, visitas domiciliares;
- Observar a existência e as características de registros de reuniões de equipe;

USUÁRIOS E FAMILIARES

- Quem são os usuário;
- Participação dos usuários e família;

- Relação com a equipe;
- Envolvimento com o serviço;
- Como se dá a participação dos usuários nas decisões em relação ao seu plano terapêutico, ao funcionamento do serviço, entre outros? E a participação da família?
- Observar a participação dos usuários e famílias nas atividades propostas pela equipe na comunidade;
- Observar a articulação dos usuários e familiares com lideranças e entidades comunitárias;

TRABALHADORES

- Quem são os trabalhadores, características, formação;
- Envolvimento com o serviço;
- Como estão organizados (carga horária, distribuição por turnos e dias da semana, atividades que assumem, em que circunstâncias e com que frequência se reúnem, relacionamento entre os trabalhadores, destes com usuários, com familiares, com a coordenação do serviço e com a Secretaria Municipal de Saúde);
- Verificar se os trabalhadores vão ou não diariamente ao CAPS (detalhar quando e quem está em turnos);
- Observar a presença de estresse, insegurança, arranjos feitos para cobrir debilidades técnicas de membros da equipe;
- Existe propostas de capacitações, estas são dirigidas a equipe, a determinadas categorias profissionais, a ações específicas;
- Observar se os profissionais tem afinidade com o que fazem e as dificuldades que encontram em seu cotidiano de trabalho;
- Como é o fluxo dentro da equipe - entre os trabalhadores? Quais as características da comunicação e da negociação entre os membros da equipe?
- Observar a comunicação no interior da equipe e desta com gestores, lideranças comunitárias e usuários;
- Observar a capacidade de negociação explícita e implícita entre os membros da equipe de saúde, gestores e usuários;
- Observar hierarquias, relações de poder formal e informal na equipe, relações de poder corporativas, de gênero;
- Observar se há insatisfação, insegurança em relação ao vínculo contratual, salário ou condições de trabalho;
- Quais as características do trabalho de cada membro da equipe, que tipo de atividade realiza, que tempo dedica a estas atividades;
- Observar a motivação e capacidade de superar obstáculos dos profissionais individualmente e da equipe;
- Quais as dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho da equipe e quais as estratégias de superação destas dificuldades;
- Observar as características do vínculo de cada profissional em particular e da equipe como um todo com os usuários e familiares;
- Observar o conhecimento dos profissionais acerca das famílias e do meio social em que vivem;
- Quais as características e o conteúdo das visitas domiciliares realizadas? Quem realiza e qual a duração de cada visita domiciliar? Quais os critérios utilizados para seleção e priorização das visitas?
- Quais as oficinas e grupos são realizados pela equipe e com que periodicidade;
- Quais as características e o conteúdo das oficinas e grupos realizados;
- Qual o tempo de duração das oficinas e dos grupos e quantos participam;
- Quais os profissionais participam das oficinas e dos grupos.

ANEXO C

Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia

Departamento de Enfermagem

Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Escola de Enfermagem Departamento
de Assistência e Orientação Profissional

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Campus Cascavel)

Curso de Enfermagem

**CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO PARA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA (Resolução 196/96 do
Ministério da Saúde)**

Estamos apresentando ao Sr. (a) o presente termo de consentimento livre e informado caso queira e concorde em participar de nossa pesquisa, intitulada **"AVALIAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DA REGIÃO SUL DO BRASIL"**, autorizando a observação, a entrevista, e aplicação de questionários referentes as etapas de coleta de dados do estudo. Esclarecemos que o referido estudo tem como objetivo: avaliar Centros de Atenção Psicossocial (I, II, III) da Região Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná).

Garantimos o sigilo e anonimato dos sujeitos em estudo, o livre acesso aos dados, bem como a liberdade de não participação em qualquer das fases do processo. Caso você tenha disponibilidade e interesse em participar como sujeito deste estudo, autorize e assine o consentimento abaixo:

Pelo presente consentimento livre e informado, declaro que fui informado (a) de forma clara, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos utilizados na presente pesquisa. Declaro que aceito voluntariamente participar do estudo e autorizo o uso do gravador nos momentos em que se fizer necessário.

Fui igualmente informado(a) da garantia de: solicitar resposta a qualquer dúvida com relação aos procedimentos, do livre acesso aos dados e resultados; da liberdade de retirar meu consentimento em qualquer momento do estudo; do sigilo e anonimato.

Enfim, foi garantido que todas as determinações ético-legais serão cumpridas antes, durante e após o término desta pesquisa.

LOCAL/DATA: _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE: _____

OBS: Qualquer dúvida em relação a pesquisa entre em contato com:

Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas

Profa. Luciane Prado Kantorski. Av Duque de Caxias 250. Bairro Fragata. Pelotas. RS. CEP: 96030-002.

Telefone/Fax: 53-32713031. E mail: capsul@ufpel.edu.br

HomePage: <http://ufpel.edu.br/feo/capsul>

APÊNDICES

APÊNDICE A

AÇÕES DE ACORDO COM OS MÉTODOS PRECONIZADOS PELA OMS

PROJETO TÉCNICO DO CAPS DE ALEGRETE (2005) - DOC-1			
Método Direto	Método Indireto		
	Saúde Mental	Estratégia de Promoção da saúde	Ambiente Social
atendimento médico	socioterapia	oficinas (terapêuticas) que estimulem a capacidade criativa dos usuários (artesanato, floricultura, jardinagem, horticultura, marcenaria, música, pintura, beleza, culinária, reciclagem de papel, computação)	visitas e acompanhamento domiciliar
Medicação	psicoterapia, atendimento psicológico	atividades educativas	trabalho com familiares: orientação e assessoria
atendimento de enfermagem	atendimento familiar	atividades de lazer, viagens e passeios culturais, participação em eventos	apoio para solução das precárias condições de vida (falta de casa, renda)
	equipe do CAPS fazer acompanhamento hospitalar	atividades recreativas (que proporcionam lazer) visando recuperar o cuidado com o corpo e o interesse por sua auto-imagem e auto estima	atividades comunitárias
	elaboração e revisão do Projeto Terapêutico Individualizado respeitando as diferenças de grau de cronicidade ou evolução da doença	alimentação diária	assessoria às diversas entidades, principalmente as escolas
	acolhimento	orientações na obtenção e uso da medicação	atividade que estimule a capacidade dos usuários para a convivência social e no mundo do trabalho (participação em eventos e feiras para exposição de trabalhos)
	incentivo ao resgate dos vínculos afetivos	incentivos à autonomia, capacidade humana	apoio e orientações no bom uso do benefício previdenciário: administração dos recursos
	entrevistas com psicólogo, enfermeiro, instrutor das oficinas e acompanhantes terapêuticos para formação de vínculo	viagens, ações ecológicas, ações em saúde, atividades sociais	assembléias administrativas com usuários, familiares e funcionários
			diálogo com a comunidade sobre o tema de saúde mental,
			atendimento social
			ações na comunidade: sensibilização para o cuidado e prevenção (adultos e idosos)

PLANO PLURIANUAL DO SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL (2006) - DOC-2

Método Direto	Método Indireto		
	Saúde Mental	Estratégia de Promoção da saúde	Ambiente Social
cuidados intensivos por equipe multiprofissional		atividades educativas	ações de inserção social e resgate da cidadania
cuidado ambulatorial		oficinas (terapêuticas) que estimulem a capacidade criativa dos usuários (artesanato, floricultura, jardinagem, horticultura, marcenaria, música, pintura, beleza, culinária, reciclagem de papel, computação)	ações na comunidade: sensibilização para o cuidado e prevenção (adultos e idosos)
		grupos terapêuticos	trabalho com familiares: orientação e assessoria
			desenvolver, na comunidade, projetos de prevenção dos agravos
			atividades de prevenção na comunidade, sobretudo junto às escolas e famílias

PLANEJAMENTO (2006) – DOC-3			
Método Direto	Método Indireto		
	Saúde Mental	Estratégia de Promoção da saúde	Ambiente Social
atendimento médico	psicoterapia, atendimento psicológico	motivação para a qualidade de vida	atividades de integração
atendimento de enfermagem	reuniões mensais com familiares	oficinas (terapêuticas) que estimulem a capacidade criativa dos usuários (artesanato, floricultura, jardinagem, horticultura, marcenaria, música, pintura, beleza, culinária, reciclagem de papel, computação)	assistência social
	escuta	educação física	visitas e acompanhamento domiciliar
	maior participação da equipe nas situações de crise	atividades pedagógicas	campanhas radiofônicas para diminuir o preconceito
	elaboração e revisão do Projeto Terapêutico Individualizado respeitando as diferenças de grau de cronicidade ou evolução da doença	atividades de lazer, viagens e passeios culturais, participação em eventos	atividades pedagógicas
		grupos terapêuticos	discussão com a comunidade sobre violência
			informar à comunidade sobre o serviço (funcionamento, objetivos, etc) DIVULGAÇÃO
			visitas e acompanhamento domiciliar
			programa de rádio sobre saúde mental
			trabalho com familiares: orientação e assessoria

DOCUMENTO BASE P/ UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO AO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO MUNICÍPIO DE ALEGRETE (2006) – DOC-4

Método Direto	Método Indireto		
	Saúde Mental	Estratégia de Promoção da saúde	Ambiente Social
internações domiciliares	equipe do CAPS fazer o acompanhamento do usuário no hospital	incentivos à autonomia, capacidade humana	ações visando aumentar a autonomia da família e da comunidade
		educação física	conhecimento da realidade social, histórica e cultural
		oficinas (terapêuticas) que estimulem a capacidade criativa dos usuários (artesanato, floricultura, jardinagem, horticultura, marcenaria, música, pintura, beleza, culinária, reciclagem de papel, computação)	restituir ao indivíduo o seu ambiente e a sua atividade profissional
		grupos terapêuticos	implementar e desenvolver políticas de saúde
			refletir sobre o modo de viver do cidadão no cenário atual e propor a retomada através da valorização do seu conhecimento, do seu poder transformador frente à vida e à comunidade em que está inserido
			construir modos de atenção emancipatórios, levando em consideração a sociedade, refletindo o direito de escolha, decisão e autonomia do sujeito e suas implicações
			assessoria às diversas entidades, principalmente as escolas
			trabalho com familiares: orientação e assessoria
			visitas e acompanhamento domiciliar

PROJETO TÉCNICO DO CAPS ÁCOOL E OUTRAS DROGAS ALEGRETE (2005) – DOC-5

Método Direto	Método Indireto		
	Saúde Mental	Estratégia de Promoção da saúde	Ambiente Social
cuidado ambulatorial	resgate de vínculos afetivos	oficinas (terapêuticas) que estimulem a capacidade criativa dos usuários (artesanato, floricultura, jardinagem, horticultura, marcenaria, música, pintura, beleza, culinária, reciclagem de papel, computação)	visitas e acompanhamento domiciliar
atendimento de enfermagem	acolhimento	atividades de lazer, viagens e passeios culturais, participação em eventos	ações educativas e culturais junto às famílias e à comunidade
medicação	psicoterapia, atendimento psicológico	desenvolver oficinas terapêuticas voltadas à produção de alimentos, animais domésticos e artefatos usados no trabalho rural	criar uma cultura de cuidados à vida utilizando referenciais regionais da cultura gaúcha
cuidados intensivos, por equipe interdisciplinar	equipe do CAPS fazer o acompanhamento do usuário no hospital	Implantar estufas de hortifrutigranjeiros	resgate em vínculos sócio-familiares de significativa importância
contrato terapêutico	elaboração do Projeto Terapêutico Individualizado respeitando as diferenças de grau de cronicidade ou evolução da doença	estimular a produção em oficinas coletivas arte em fotografias ou pintura sobre o universo da região, danças do folclore gaúcho e composições musicais"	mecanismos de garantia dos direitos dos usuários e familiares em atendimento no CAPS ad: Associação de Usuários, Familiares e Militantes da Saúde Mental de Alegrete
atendimento médico		incentivos à sua autonomia, capacidade humana	proporcionar aprendizagem em diversas áreas como: informática, tecelagem, culinária, produção e pesquisa literária
reunião com usuários		atividade que estimule a capacidade dos usuários para a convivência social e no mundo do trabalho (participação em eventos e feiras para exposição de trabalhos)	incentivar a criação de um museu da saúde e da cultura municipal gaúcha
		oficinas (terapêuticas) que estimulem a capacidade criativa dos usuários (artesanato, floricultura, jardinagem, horticultura, marcenaria, música, pintura, beleza, culinária, reciclagem de papel, computação)	apoio para solução das precárias condições de vida (falta de casa, renda)
		apoio e orientações no bom uso do benefício previdenciário: administração dos recursos	geração de renda e moradias
		alimentação diária	atendimento social
		grupos terapêuticos	
		grupos de auto-ajuda	

APÊNDICE B

CODIFICAÇÃO DOS DADOS DO DIÁRIO DE CAMPO

AÇÕES REGISTRADAS NOS DIÁRIOS DE CAMPO	CODIFICAÇÃO	OBSERVADOR	PÁGINA DO DIÁRIO DE CAMPO
● Oficina diária de saúde mental (cada dia um tema)	OF-SM	1	8
● Oficina de saúde mental coletiva	OF-SMC	2	1, 10
		3	33
		1	20
● Oficina recreativa	OF-RECR	2	8
● Oficina de artesanato	OF-ARTZ	1	16
● Oficina de alfabetização	OF-ALFB	2	2, 18
		3	7, 27
● Oficina de yoga	OF-YOGA	1	20
● Oficina de capoeira	OF-CAPO	2	5
● Oficina de canto	OF-CANTO	3	20
● Oficina de pintura em tela	OF-TELA	3	41
● Atendimento individual	AT-I	1	14
		3	6, 15, 20
● Atendimento psicológico individual (escuta, orientações, encaminhamentos)	AT-PS	1	10, 11, 12
		3	15
● Atendimento assistente social	AT-AS	3	15
		1	19
● Grupo de convivência (escuta, orientação e ajuda mútua)	GR-CONV	1	11
● Grupo CADEQ	GR-KDQ	1	21, 29
		2	10
		3	18, 30
● Participação em evento comemorativo	EV-COM	3	13
● Atendimento em situações de crise (todos funcionários inclusive oficineiros)	AT-CRISE	1	13, 1, 6, 24
		3	2, 10, 27
● Visita domiciliar (todos funcionários inclusive oficineiros)	VD	1	20
		3	1
● Atendimento domiciliar	AT-DOM	2	6
● Acompanhamento de usuários do CAPS internados no hospital (escuta e encorajamento do pacto)	AC-HOSP	3	1, 3
● Atendimento psicológico em grupo	AT-PS/GR	1	15
		2	13
● Ver TV	RECR-TV	1	16
● Assistir Teatro do CAPSi	RECR-TEA	3	34
● Reunião da Associação	RN-ASSOC	1	16
		2	6
		3	23
● Recepção (atendimento de pessoas, informações por telefone, agendamentos, priorização de urgências)	RECEP	1	18, 19
		2	4, 5
● Atendimento de enfermagem (identificação de necessidade de internação, encaminhamento para atendimento odontológico)	AT-ENF	3	50
● Acompanhamento de usuários (circulando pelo CAPS, durante as refeições etc)	AC-CAPS	3	1
● Acompanhamento/auxílio nas compras	AC-EXTRA	2	13
● Alimentação	REFE	2	3
● Atendimento médico individual	AT-MÉD	2	3, 4
● Assembléia dos usuários	ASSEMB	2	12
● Capacitação dos profissionais do serviço e de outros serviços	CAPACIT	3	2, 4, 8
● Interação c/ profissionais de outros serviços para encaminhamento de usuários	INTERSET	3	11
● Oficina/ou atividade abordando questões de higiene	HIGIEN	3	18
● Atendimento familiar	AT-FAM	3	21
● Grupo de Obesos	GR-OBESOS	3	29