**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ELDA DE OLIVEIRA

**O DESAFIO DE ASSISTIR PACIENTES COM
TRANSTORNOS DECORRENTES DE USO
PREJUDICIAL E OU DEPENDÊNCIA DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

SÃO PAULO

2005

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem

Elda de Oliveira

**O DESAFIO DE ASSISTIR PACIENTES COM
TRANSTORNOS DECORRENTES DE USO
PREJUDICIAL E OU DEPENDÊNCIA DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, como exigência parcial, para obtenção do título de Mestre, sob orientação da Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

SÃO PAULO
2005

Catlogação na publicação (CIP)

Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP

Oliveira, Elda de

O desafio de assistir pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas. / Elda de Oliveira. – São Paulo: E. de Oliveira; 2005.

186 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profª Drª Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

1. Enfermagem psiquiátrica 2. Saúde mental (Enfermagem)
3. Drogas de abuso 4. Alcoolismo 5. Transtornos mentais. 6.
Serviços de saúde mental. I. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais Arthur e Julia
que me abriram e ensinaram o caminho a seguir na vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida
Aos meus irmãos pela compreensão
Ao Cosme pela ajuda e companhia
Aos meus amigos que me auxiliaram
A professora Márcia pela orientação e amizade

SUMÁRIO

Resumo.....	06
Abstract.....	07
Apresentação.....	08
I. Introdução.....	13
II. Revisão da Literatura.....	20
III. Objetivos.....	49
IV. Percurso Metodológico.....	50
V. Apresentação e Análise dos dados.....	72
VI. Considerações Finais.....	149
VII. Referências.....	153
VIII. Anexos.....	163

RESUMO

Oliveira E de. O desafio de assistir pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

O objetivo deste estudo foi compreender os conceitos e estratégias que norteiam a assistência dos profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos, decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, na tentativa de subsidiar as ações dos demais serviços de saúde que atendem tais pacientes. Optou-se pela pesquisa qualitativa, seguindo a metodologia de estudo de caso; assim, nove profissionais foram entrevistados e o eixo norteador das questões foi referente à concepção de serviço e as ações assistenciais ali desenvolvidas. Os dados foram analisados à luz do conceito da representação social. Valendo-se dos temas emergentes foram elaboradas duas representações centrais da pesquisa: Concepção sobre o serviço de atenção psicossocial. Ações assistenciais aos pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas. A análise final orienta-se para a compreensão de que o uso prejudicial do álcool e outras drogas decorrem de fatores multifacetados, propondo nessa linha de raciocínio a assistência psicossocial.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental (Enfermagem); Drogas de Abuso; Alcoolismo; Transtornos Mentais; Serviços de Saúde Mental

ABSTRACT

Oliveira E de. The challenge to assist patients with disorders caused by harmful use and or alcohol and or drug addiction. Dissertation (Master Thesis) São Paulo: Nursing School of the São Paulo University, 2005

The purpose of this study is to understand concepts and strategies that orient the assistance to professionals working in a Center of Psychosocial Attention to assist patients with disorders due to use and addiction of psychoactive substances, in the attempt to support actions of other health services which assist these patients. A qualitative research was our choice following the methodology of a case study. Nine professionals were interviewed and the interviews were based on questions aiming service and the assistance actions developed in the same institutions. Data were analyzed under the point of view of the social representation. Considering the emergent issue, two central representations of the research were elaborated: conception on the service of psychosocial attention. Assistance actions to patients with disorders due to the harmful use and/or addiction to alcohol and other drugs. The final analysis is oriented towards the comprehension that the harmful use of alcohol and other drugs are caused by varied factors, proposing a psychosocial assistance.

Keywords: Psychiatric Nursing; Mental Health (Nursing); Drugs of Abuse; Alcoholism; Mental Disturb; Mental Health Service.

I. APRESENTAÇÃO

A proposta de desenvolvimento deste estudo baseou-se nas inquietações vivenciadas em minha formação acadêmica e na prática assistencial como enfermeira.

Durante a formação acadêmica, realizei pesquisas de iniciação científica na área de Enfermagem Psiquiátrica, nas quais busquei conhecer a assistência oferecida aos pacientes portadores de transtorno mental fora do modelo tradicional, em especial, aquelas com atividades ligadas à Educação Física, pois também tenho formação nessa área. Constatei na literatura específica internacional que as atividades físicas voltadas a essa população contribuem na melhora das diversas áreas do funcionamento do indivíduo.

Desse modo, a participação nas atividades de pesquisa em um primeiro momento foi uma investigação para entender a influência do enfermeiro desenvolver atividades físicas com os pacientes de modo geral. Em um segundo momento, os resultados do estudo conduziram-me a uma nova investigação que resultou no trabalho de conclusão do curso de graduação, em que observava dois psicólogos realizando atividades esportivas com pacientes psiquiátricos. Pude concluir que a atividade física contribui para melhora e socialização do paciente; e vale ressaltar que os participantes eram pacientes portadores de doença mental, dependência de álcool e outras drogas que permaneciam mais tempo nas

atividades. Desta forma, a iniciação científica conduziu-me à temática sobre o álcool e outras drogas.

Ao final da graduação, realizei o Curso de Especialização em Dependência Química, oferecido pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), pelo Departamento de Psiquiatria e pela Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), no qual fiz parte dos grupos de estudos sobre a temática.

No referido curso, pude vivenciar a assistência de enfermagem realizada por enfermeiras no ambulatório da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), pois participava realizando a triagem, ou seja: do primeiro atendimento; do programa de desintoxicação alcoólica e das atividades de grupo (grupo de mulheres e de alcoolistas), trabalho este realizado sob supervisão de uma enfermeira.

Por estar inserida em um centro de pesquisa e assistência, reconhecido nacional e internacionalmente, cada vez mais fui me envolvendo com as atividades oferecidas aos pacientes. A exemplo disso, participei de um ensaio clínico sobre novos medicamentos para tratamento de álcool e outras drogas, realizando intervenção breve fundamentada na Intervenção Motivacional, também, conhecida como Entrevista Motivacional (Miller, 1983).

Esta intervenção é uma técnica muito empregada pelo profissional da saúde, por meio da motivação estimula o paciente a mudar seu

comportamento dependente. Trata-se de uma técnica breve que pode ser realizada em uma única entrevista ou como um processo terapêutico comumente desenvolvido em quatro ou cinco sessões. Os resultados dessas intervenções resultam em acentuadas implicações para atuação da enfermeira, pois em qualquer momento da realização de sua assistência ela poderá estar se utilizando desses recursos terapêuticos com os pacientes com problemas relacionados ao álcool ou drogas, mesmo em serviços que não sejam especializados.

Atuei, também, como enfermeira assistencial na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo no Centro de Atenção Integrada à Saúde Mental (CAISM), em uma enfermaria com 15 leitos para tratamento de pacientes com dependência de álcool e outras drogas com ou sem co-morbididades psiquiátricas. Nesse local, realizava grupo de motivação com os pacientes do ambulatório de álcool e outras drogas.

Nessa perspectiva, participei do processo de elaboração do Centro Especializado no Tratamento de Dependências de Álcool e Drogas (CEAD), que é uma sociedade civil, filantrópica e sem fins lucrativos, criada em janeiro de 1999, em Jundiaí, Estado de São Paulo.

O objetivo inicial do Centro era oferecer à comunidade de Jundiaí e região, uma ação especializada na área de Saúde Mental, integrando-se à rede de recursos já existentes, atingindo uma população sem condições de acesso a tratamento especializado, serviço este que pertence à

Unidade de Álcool e Drogas – UNIAD da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP (Unidade de Álcool e Drogas, 2004).

Em novembro de 2002, o Centro Especializado no Tratamento de Dependências de Álcool e Drogas (CEAD) transformou-se em Centro de Atenção Psicossocial para Tratamento das Dependências de Álcool e Drogas – CAPS ad II, conforme Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002, de acordo com as diretrizes definidas no Programa Nacional de Atenção Comunitária a Usuários de Álcool e outras Drogas (Ministério da Saúde, 2004a). A proposta institucional está baseada na elaboração individualizada do projeto terapêutico, de acordo com a necessidade de cada paciente, realizado pela equipe multiprofissional (Unidade de Álcool e Drogas, 2004).

Assim, algumas indagações a respeito da assistência aos pacientes dependentes de álcool e outras drogas permaneceram comigo durante a trajetória estudantil e profissional, tais como: quais são os elementos da política de atenção integral de álcool e outras drogas utilizados pelos profissionais de saúde mental e como se apresentam as contradições em relação às concepções e referenciais teóricos a respeito das ações assistenciais para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias, especificamente, em um centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas?

Portanto, este estudo tem por finalidade identificar e compreender conceitos e estratégias que norteiam a assistência dos profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial para atendimento dos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias, na tentativa de subsidiar as ações assistenciais prestadas nesses serviços.

*Para rir é que se dá banquete, e o vinho alegra a vida.
Eclesiastes 10:19*

I. INTRODUÇÃO

Neste estudo, pretendemos focalizar a dependência de droga¹ e sua forma de atenção na sociedade ocidental moderna, como fenômeno social. Para tanto, mesmo que, brevemente, apresentaremos uma retrospectiva histórica sobre a dependência de drogas e suas formas de atenção.

O interesse dos seres humanos pelas drogas parece ser tão antigo quanto sua própria existência no planeta. Há evidências de que as substâncias psicoativas têm sido utilizadas pela maioria das culturas desde os tempos pré-históricos (Westermeyer, 1991).

Até recentemente, a temática álcool e outras drogas era abordada sob uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica, excluindo-se as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas (Vieira, 2002).

Para Sáad (2001) a idéia de que uma pessoa pudesse consumir determinada substância e não ter problemas em relação a esse consumo

¹ Droga é entendida, neste estudo, como qualquer substância, legal ou não, sintética ou natural, que promove alterações transitórias ou duradouras da personalidade ou de estado de humor, uma vez que age no sistema nervoso central. Assim, é definida como qualquer substância incluindo-se, tanto as drogas lícitas (álcool, tabaco, anfetaminas, ansiolíticos e outras) como as ilícitas: maconha, cocaína, heroína e outras – [online]. Disponível em: (www.einstein.br/alcooledrogas). Acesso em 19 de maio de 2005.

é bastante antiga e foi um paradigma² aceito por muito tempo, porém, o uso dessas substâncias começa a se tornar um “problema”, surgindo a noção de dependência de drogas, como perda do controle no consumo de drogas, causando prejuízos físicos, emocionais e sociais.

Os séculos XVIII e XIX registraram um considerável volume de pesquisas e de formulações teóricas da área médica em torno da construção do conceito de dependência de álcool e outras drogas como doença física, mental, degenerativa e hereditária (Bertolote, 1997).

No final do século XVIII, o uso do álcool começou a ser visto como problema; o primeiro autor a citá-lo como tal foi Benjamim Rush, em 1810, surgindo, então, a concepção de dependência progressiva e gradual por meio das descrições do comportamento de beber e suas observações com pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Como solução para o problema, propunham abstinência de forma repentina e abrangente e, posteriormente, às demais drogas (Laranjeira, Nicastri, 1996).

Na década de 1970, Griffith Edwards e Gross Edward estudaram a síndrome da dependência³ que passou a ser entendida como um *continuum*, referindo-se a um grupo de sintomas caracterizados pela perda da capacidade de controlar a ingestão de substâncias psicoativas,

² Paradigma é entendido como uma constelação de conceitos, valores, percepções e práticas compartilhadas por uma comunidade científica que apresenta uma determinada concepção da realidade, estruturada com base em um determinado tipo de pensamento (Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1978).

³ Desde 1977, o termo dependência, relacionado ao uso de droga, é adotado nas definições da Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Mundial da Saúde – [online] Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em 20 de agosto de 2004.

ênfase no consumo, tolerância, síndrome de abstinência, consumo da substância para aliviar os sintomas de abstinência (Babor, 1994).

Para a Organização Mundial da Saúde (1993) os critérios para o diagnóstico de dependência não são específicos, ou seja, são aplicáveis a todas as drogas, mas se enquadram bem no caso do álcool. O diagnóstico só deve ser feito, mediante a presença de três ou mais dos critérios de dependência experimentada ou apresentada, em algum momento, durante o ano anterior.

Os dados podem ser fornecidos pelo próprio, paciente ou pela análise objetiva ou outra evidência; as condições a que se chegam são: intoxicação, uso nocivo, dependência e transtornos psicóticos. A tentativa de se criarem critérios diagnósticos, muitas vezes, ajuda, mas, por outro lado, não contempla o caráter multifacetado da dependência de drogas.

A intoxicação aguda é um estado conseqüente ao uso de uma substância psicoativa, compreende perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos medicamentosos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos em que surgiram lesões orgânicas ou outras complicações; entre estas podemos citar: traumatismo, aspiração, vômito, *delirium*, coma, convulsões e outras complicações médicas. A intensidade da intoxicação

diminui com o tempo e os efeitos desaparecem na ausência de uso posterior. Ao passo que o uso nocivo é entendido como um padrão de uso das substâncias psicoativas que causa dano à saúde, podendo ser físico ou mental (Organização Mundial da Saúde, 2004).

Finalmente, a síndrome de dependência envolve o desejo pronunciado de tomar a substância, dificuldade de controlar o uso, estados de supressão fisiológica, tolerância, descaso de outros prazeres e interesses e uso persistente não obstante os danos causados à própria pessoa e aos outros (Organização Mundial da Saúde, 2004).

No quadro a seguir, aparecem listados os critérios do Código Internacional das Doenças – CID 10 (Organização Mundial da Saúde, 1993) para o diagnóstico da síndrome de dependência:

Quadro 1. Critérios da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10 para a dependência de substâncias.

- a) Um forte desejo ou sentimento de compulsão para ingerir a substância;
- b) Dificuldade de controlar o comportamento de ingestão da substância em termos de seu início, término ou níveis de uso;
- c) Um estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, conforme evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância; ou o uso da mesma substância (ou de uma substância estreitamente relacionada), com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;
- d) Evidência de tolerância, tal como serem necessárias doses maiores da substância psicoativa para obter os efeitos originalmente produzidos por doses menores;
- e) Negligência progressiva de prazeres ou interesses alternativos em razão do uso de substância psicoativa, uma quantidade de tempo maior, necessária para obter ou ingerir a substância ou recuperar-se de seus efeitos;
- f) Persistir no uso da substância apesar de claras evidências das conseqüências abertamente nocivas, tais como danos para o fígado por ingestão excessiva de álcool, estados de humor depressivos, em conseqüência de uso pesado de substância, ou prejuízo do funcionamento cognitivo, relacionado à droga; devem ser feitos esforços para determinar se o usuário realmente estava consciente ou (poderíamos esperar que estivesse) da natureza e extensão dos danos.

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 1993.

O Ministério da Saúde destaca, ainda, aspectos a serem considerados como necessários para classificar a dependência:

“Para que se instale um quadro de dependência de drogas, faz-se necessária, sempre, a confluência desfavorável de três dimensões correlatas: a personalidade do usuário, o momento sociocultural e econômico, o tipo de produto” (Ministério da Saúde, 1991,p.15).

Assim, consideramos que o uso de substâncias que modificam o julgamento, as percepções e os humores não são inovações da modernidade, mas a forma como tem sido usada, traz conseqüências e

problemas efetivamente novos, merecendo atenção de vários setores da sociedade nos últimos anos.

Mais da metade da população das Américas e da Europa já experimentou álcool alguma vez na vida e cerca de um quarto é fumante (Conselho Regional de Medicina de São Paulo/Associação Médica Brasileira, 2002). Cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem, abusivamente, substâncias psicoativas independente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (Organização Mundial da Saúde, 2004).

No Brasil, o Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID é uma das entidades responsáveis pelos estudos epidemiológicos. Em um dos trabalhos epidemiológicos sobre o álcool, mais recente e significativo, buscou-se traçar o panorama do consumo de álcool no país por meio da análise do levantamento populacional, cujos dados apontam que o álcool, certamente, contribui bastante na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados no país (Galduróz, Caetano, 2004).

Considerando os problemas apresentados pelo consumo das drogas, muitos programas de tratamentos são oferecidos encorajando os pacientes a procurarem ajuda, cujos modelos de tratamento para o problema da dependência variam desde abordagens de cunho religiosos e místicos a conceitos que valorizam os fatores genético-bioquímicos.

Para ilustrar esta introdução, será necessário apresentarmos, mesmo que brevemente, uma retrospectiva dos modelos de tratamento para o álcool e outras drogas.

II. REVISÃO DA LITERATURA

1. Modelos de tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos.

Para o adequado entendimento do panorama atual da assistência ao uso indevido do álcool e outras drogas, cabe uma breve descrição da evolução da visão dos diversos segmentos da sociedade em relação à referida condição.

Os trabalhos de Levine (1978, 1980, 1981) abordados por Sáad (1998) traçam a história dos movimentos sociais americanos, destacando-se o da “Temperança” ocorrido, também, em alguns países europeus.

Segundo Sáad (2001), este movimento marca a divisão de uma posição mais liberal em relação ao álcool, para uma mais moralista relacionada à Igreja Protestante.

Em suma, parte de uma visão da moralidade cristã em que alguém com dependência de substâncias psicoativas é alguém que não tem “fibra moral” para resistir às tentações. No caso do alcoolismo, o indivíduo com problema seria aquele que não tem força de vontade, que é incapaz de resistir à tentação e acaba cedendo ao álcool.

Este modelo alcançou seu ápice nos Estados Unidos, no início do século XX, e, ainda hoje, muitos cristãos mais tradicionais consideram a ingestão de bebidas alcoólicas como sendo um ato pecaminoso (Marlatt,

Gordon, 1993). Sob este ponto de vista, o beber é uma fraqueza sendo exigida uma postura de autocontrole, a fim de manter a sobriedade.

Como já foi dito na introdução deste estudo, o “problema” do álcool como doença foi descrito por Benjamim Rush, em 1810, que desenvolve o conceito de dependência do álcool. Este estudo segundo Laranjeira, Nicastrí (1996) inicia um novo modelo abordado até os dias de hoje e diagnostica o uso do álcool (e posteriormente, de outras drogas), como uma doença:

- a. A identificação do agente da doença: a bebida alcoólica;
- b. A descrição da condição do bebedor como perda do controle sobre o comportamento de beber, uma atividade compulsiva;
- c. A declaração de que esta condição é uma doença;
- d. A prescrição de abstinência total, como a única forma de cura.

Para Dias (2001), nesta época, início do século XIX, havia uma importante distinção entre uso indevido de álcool e de outras drogas, baseada em quatro fatores principais:

- a. O conjunto de valores culturais vigentes;
- b. O poder político e econômico de determinadas classes;

- c. A posição destas classes referente à existência de diferentes tipos de usuários associados diretamente às diversas categorias sociais;
- d. O alto consumo de álcool e, conseqüentemente, a prevalência do alcoolismo nessas classes dominantes.

O uso indevido do álcool era visto como uma lamentável, mas compreensível moléstia que poderia, em algum momento, atingir determinado membro da família, já que a ingestão alcoólica fazia parte de seus costumes. O uso excessivo de outras drogas era visto como praga relacionada diretamente às classes social e economicamente desfavoráveis e, por isso, consideradas muito distante daquelas mais abastadas. Assim, este conceito era utilizado nas políticas dos setores públicos e privado referentes ao alcoolismo e dependência de outras drogas (Dias, 2001).

Esta caracterização é muito importante, pois nos remeterá aos tratamentos e às suas filosofias (dos dias) atuais. Assim, a noção da cura define-se pela doença do controle, cuja única saída será a abstinência total.

De acordo com abordagem do modelo de doença, o uso de álcool e outras drogas é baseado em uma dependência física, e a atenção é focalizada nos fatores fisiológicos predisponentes que se presume que sejam geneticamente transmitidos. Para alguns autores, este modelo

pode ser efetivo, conforme convence o usuário de álcool e outras drogas de que ele está doente, sofrendo de um problema médico reconhecido, e não mais é capaz de beber, sem perder o controle. Se o sujeito aceitou a crença de que é impossível controlar a ingestão de álcool e outras drogas, poderá ter a consciência de que uma simples dose poderá precipitar uma recaída descontrolada (Marlatt, Gordon, 1993).

A esta abordagem soma-se o modelo de comportamento dependente que parte da premissa do aprendizado social, no qual o uso de álcool e outras drogas representam uma categoria de *“maus hábitos hiperaprendidos e mal-adaptativos”* que podem ser analisados e modificados do mesmo modo que outros “hábitos” (Marlatt, Gordon, 1993).

Assim, o processo de mudança de hábitos envolve a participação ativa e a responsabilidade da pessoa envolvida por meio do envolvimento em um programa de auto-manejo, no qual o indivíduo adquire novas habilidades e estratégias cognitivas, cujos hábitos podem ser transformados.

Este tipo de abordagem que soma a doença ao comportamento dependente, tem sido o embasamento da filosofia dos grupos de mútua-ajuda, mais difundidos em todo o mundo – Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA).

Em 1935, ainda sob a ótica moral, houve o surgimento dos Alcoólicos Anônimos (AA), desenvolvendo uma nova forma de entender e reconhecer o alcoolismo para “passar a mensagem para outros alcoolistas em sofrimentos”. Desde o princípio, esta prática está voltada aos 12 passos desenvolvidos para auxiliar na recuperação. O modelo reflete as influências sociais, psicológicas e biológicas sobre o comportamento do dependente. Entretanto, o foco central está na aproximação espiritual para a recuperação (Miller, Kurtz, 1994).

Para Sáad (2001); Dias (2001), os Alcoólicos Anônimos (AA) ganharam muita força quando, em 1960, E. M. Jellinek corrobora a visão do grupo e identifica no alcoolismo a “doença do controle”, em outros termos, “o alcoolismo seria a perda do controle de beber”.

Assim, a embriaguez como doença parece ter sido descoberta no século XIX, com suas raízes no século XVIII com a perda da capacidade de beber moderadamente.

No entanto, a “descoberta da dependência” está ligada ao século XIX com os conceitos de tolerância e abstinência oriundos do século passado, mas deixa de ser um problema relacionado ao clero e aos moralistas para ocupar uma posição no “saber médico” (Sáad, 2001; Dias, 2001).

No modelo espiritual, a causa do alcoolismo é, basicamente, uma falha espiritual, e as intervenções mais indicadas e utilizadas são os

grupos de auto-ajuda que, em suma, promovem encontros, nos quais os indivíduos contam suas histórias com a bebida, as conseqüências, desgraças e perdas no caminho sem nenhuma abordagem médico-psicológica para justificar tal comportamento (Miller, Kurtz, 1994).

Na seqüência, a expressão “Teoria da Aprendizagem Social”, encontrada nos trabalhos de Bandura (1977), refere-se ao modelo da aprendizagem social, no qual as pessoas têm determinados comportamentos, porque acreditam que eles produzirão certos resultados, têm sistemas de crenças que ajudam a considerar e explicar, tomar decisões, planejar objetivos e estratégias. Neste modelo, as principais intervenções consistem no treino de habilidades de enfrentamento e na busca de modelos comportamentais apropriados (Hester, Miller, 1995).

Um outro modelo enfatiza a importância dos processos mentais, como guia dos comportamentos, nos quais as pessoas tendem a ignorar, reduzir e negar os problemas que derivam de seu consumo e atribuem estes problemas a outros fatores distintos. Na hora de manter a dependência, um fator decisivo é a crença de que a abstinência da droga utilizada produzirá efeitos secundários intoleráveis (Beck, Wright, Newmann, Liese, 1993). Desse modo, terapias cognitivas são aplicados para modificar estas crenças que promovem o uso prejudicial de substâncias químicas, ou seja, objetivam ensinar aos pacientes como desenvolver habilidades para lidar com a compulsão e outros problemas.

Até aqui, podemos entender que a percepção social do álcool e de outras drogas apresenta fases, nas quais estas substâncias e seus usuários são julgados pelas “políticas” vigentes, isto é, de acordo com o período histórico em que se encontram.

Conforme cita Dias (2001), em paralelo, permanece a compreensão do uso excessivo de outras drogas como condição criminosa e, portanto, sendo a punição judicial a única intervenção considerada variável.

A visão criminal durou até o ano de 1948 quando, então, surgiram outras idéias sobre “Reabilitação”, diferentes do sistema penal. Foram criados hospitais penais que, além de encarcerarem os criminosos envolvidos com drogas, ofereciam tratamento específico para sua dependência.

Surge, também, o tratamento ambulatorial e, em 1953, uma nova modalidade de tratamento começa a ser desenvolvida. A Comunidade Terapêutica denominada Seynanon (Dias, 2001; Sáad 2001).

Dias (2001) considera que esta proposta tinha como principais pilares a conquista da obtenção e manutenção da abstinência, da autoconfiança e de comportamentos responsáveis. A duração da permanência, em tratamento ambulatorial, era em média um a dois anos, mas cabia ao indivíduo (dependente) tal decisão.

Na seqüência, a última fase da aplicação do modelo médico no tratamento de drogas ocorreu, sobretudo, no sistema privado e iniciou uma nova modalidade que seria a aplicação de conceitos dos Alcoólicos Anônimos, assistidos por profissionais da saúde.

A idéia de trazer os usuários de álcool e outras drogas ao setor terapêutico foi desenvolvida em um hospital em Minnessota e, hoje em dia, é conhecida como “Modelo Minnessota”, que inclui, ainda, um programa de 28 dias para posterior acompanhamento ambulatorial de dois anos (Sáad, 1993).

Em resposta ao novo contexto nas áreas representativas da sociedade e nas políticas governamentais, existe uma substancial modificação no entendimento do abuso de drogas, que tem como conceitos (Dias, 2001):

- a- Constituir-se como um problema de saúde;
- b- Considerar o consumo e comercialização das drogas como uma atividade ilegal.

Portanto, para o autor citado:

Esta nova e oficial posição promove uma ambigüidade nas referidas políticas, presentes até os dias atuais. Esta se manifesta nas idéias preconceituosas ainda presentes na sociedade em

relação à dependência de drogas, nos serviços de saúde e até em formulação de projetos de leis, em que há uma dificuldade de estabelecer limites entre o usuário, o dependente, e o traficante de drogas (Dias, 2001, p.125).

A partir de 1970, o tratamento do alcoolismo tem um significativo desenvolvimento, tornando-se mais difundido, integrado e melhor financiado.

Assim, são fundados: o *National Institute of Alcohol and Alcoholism* – *NIAAA* ⁴ e o *National Institute of Drug Abuse* - *NIDA* ⁵, direcionados à pesquisa, à educação, à prevenção e ao tratamento (*National Institute of Alcohol and Alcoholism, National Institute of Drug Abuse*, 2004).

Concordamos com Sáad (2001), pois, nesta breve revisão histórica do panorama internacional, notamos, com clareza, a tentativa de uniformizar um pensamento e uma abordagem para um problema com várias vertentes. Se pensarmos no uso e na dependência das drogas como fruto do ambiente ou de fatores hereditários ou como uma “veia criminal”, estaremos incorrendo no erro já visto no século passado, porque o fenômeno do uso de drogas não está prestes terminar nem tampouco este será seu destino. A longa distância que separa uma

⁴ Disponível em: <http://www.niaaa.nih.gov/index.htm>. Acesso em 15 de outubro de 2004.

⁵ Disponível em: <http://www.nida.nih.gov/> . Acesso em 15 de outubro de 2004.

política sobre drogas da área da pesquisa e tratamento retarda e muito o avançar das abordagens.

O Brasil, assim como outros países da América Latina, não viveram o “Movimento da Temperança” que inclui as questões religiosas e sociais, mas podemos dizer que viveu algum movimento repressivo em relação ao emprego de substâncias psicoativas, sobretudo, o álcool (Costa, 1981).

Ao longo da história da psiquiatria brasileira, percebemos importações de idéias e ideais europeus, muitas vezes, eugênicos no tratar o doente e a doença mental, o que não foi diferente no que diz respeito ao uso de drogas (Sáad, 2001).

No estudo sobre a história da Psiquiatria no Brasil, Costa considera que o uso de substância psicoativa, como o álcool, não era visto como um problema para o saber psiquiátrico até as décadas de 1920 – 1930, nem mesmo às políticas de tratamento:

Nota-se, por exemplo, que em 1930 os psiquiatras afirmavam que suas campanhas antialcoólicas tinham atingido o ponto de saturação e que podiam, então, dedicar-se a outros pontos importantes do trabalho de higiene mental... Ora, a partir de 1931, o alcoolismo retorna, subitamente, ao primeiro plano nas preocupações da Liga Brasileira de Higiene Mental - LBHM e, o que é mais curioso, os

psiquiatras começavam a pedir medidas cada vez mais autoritárias para combatê-lo (Costa, 1981, p.26).

Na época, o pensamento psiquiátrico considerava o alcoolismo, como uma doença hereditária que deveria ser tratada e prevenida por meio de medidas eugênicas.

A preocupação com o alcoolismo só ocorria quando diminuía o número de internações. As idéias de moral e de eugenia perpassam a mentalidade psiquiátrica da época que solicita medidas mais repressivas para diminuir o número de alcoolismo (Costa, 1981).

Portanto, a Psiquiatria do início do século é o saber responsável pela questão do alcoolismo e, de certa forma, também, pela entrada de um saber jurídico para reprimir o uso do álcool, assim, o Código Penal de 1940 dá indícios da visão repressora brasileira sobre a expiação da culpa do dependente e, posteriormente, pelo usuário de drogas, considerando os “viciados” com um potencial para o mal e para o crime devendo, portanto, serem excluídos do convívio social (Bittencourt, 1986).

Por volta da década de 50, do século XX, o saber médico aparece novamente para dar um outro entendimento ao problema do álcool e drogas; aparece o dependente como doente e marginal, incluindo, além do álcool, também, as demais drogas consideradas ilegais (Sáad, 2001).

Conforme Bittencourt (1986), a Lei 5.726 de 1971 traz modificações a respeito do uso de drogas, que ainda é considerado ilegal e colocado no âmbito jurídico, mas percebe os “viciados” como doentes.

A Psiquiatria divide com o Direito a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Os dependentes têm, como medida compulsória, sua internação em hospitais psiquiátricos e nenhuma abordagem específica a eles destinada.

A visão dicotomizada entre moral e doença persiste por muito tempo. Poucos trabalhos científicos epidemiológicos são disponíveis sobre o consumo de álcool e drogas, impossibilitando estudos mais profundos sobre o tema nas décadas passadas.

A Lei nº 6.368 de 1976 prevê tratamento específico para o dependente de drogas, porém o atendimento ainda está em fase de implantação (Sáad, 2001).

O país vem passando por muitas transformações culturais e científicas, de maneira efetiva ou não, repensando sobre as questões do uso de drogas. Do ponto de vista da sociedade brasileira, ainda percebemos a conceituação da dependência de drogas, como um problema moral e de caráter.

Sáad (1998) realizou um estudo com dependentes em uma clínica de tratamento nos Estados Unidos da América (EUA) e outra no Rio de

Janeiro a respeito da percepção do paciente quanto à dependência de drogas. Concluiu que as visões são bastante diferentes, pois os pacientes americanos repetem um discurso voltado à área da saúde, para a noção de doença, e têm amparo social para isto, ao passo que os pacientes brasileiros percebem seu problema ainda como uma questão moral, de caráter e inserida no âmbito do judiciário.

Pautados no exposto, podemos entender os conceitos de dependência, o uso de drogas e os modelos de tratamento no Brasil, porém, precisamos contextualizar a atual Política Nacional para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

2. Política Nacional de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas

A exclusão social e a ausência de cuidados atingem de forma histórica e contínua aqueles que sofrem de transtornos mentais o que implica repensar as ações assistenciais a esta população (Ministério da Saúde, 2004b).

O consumo de álcool e drogas é um problema mundial e independe de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Uma política eficaz pode reduzir o nível de problemas relacionados a esse consumo.

Revisando a literatura, notamos que o consumo de álcool e outras drogas permaneceu algum tempo sem nenhuma assistência específica por parte dos profissionais de saúde, só sendo percebido quando diminuía o número de internações, cujas medidas terapêuticas eram de caráter total, fechado e tendo como único objetivo a abstinência. Alguns tratamentos atuais mantêm esta conduta, separando o indivíduo de seu habitat, fechando-o por um período grande, tendo como objetivo único à abstinência sem levar em consideração o ambiente do qual faz parte.

Com o intuito de subsidiar a III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde por meio da Assessoria Técnica da Secretaria de Assistência à Saúde, realizou em Brasília, em 2001, um Seminário sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas,

de cunho técnico, enfocando a discussão sobre a organização da rede em saúde mental, visando ao aprimoramento constante da assistência ao usuário de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Neste seminário, os eixos de discussão foram: modelo assistencial, recursos humanos, financiamento e controle social. O lócus de ação pode ser tanto nos diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e drogas como nos equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, como também da educação, de trabalho, de promoção social equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e a reabilitação sejam contínuos e se dêem de forma associada (Ministério da Saúde, 2001).

Na seqüência, para a formulação de uma política de saúde no campo do álcool e outras drogas, o relatório do Seminário sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas (Ministério da Saúde, 2001) indicou como consensuais os seguintes pontos:

- a. O estabelecimento de uma rede de assistência que tenha como núcleo um dispositivo estratégico centrado na comunidade e que possa acionar diversos outros serviços, como a rede básica de saúde (unidades básicas de saúde e programas de saúde da família), unidades especializadas, hospitais clínicos.

- b. A rede seria também articulada à rede de serviços sociais não diretamente ligados à assistência à saúde (como instituições de defesa de direitos, serviços de ensino profissionalizante e outros) que promovam o exercício da cidadania, a reinserção social e a reintegração na rede de suporte social. A rede não distinguiria ações voltadas para prevenção, tratamento e estudos, todas incluídas em cada unidade.
- c. É fundamental que a rede de assistência a usuários de substâncias psicoativas tenha o sentido da comunicabilidade – este inclui que cada participante da rede tenha informações atualizadas sobre os serviços disponíveis nos demais meios de comunicação direta e de encaminhamento. Inclui, também, a divulgação para a comunidade sobre os serviços oferecidos.

Portanto, os novos equipamentos de saúde devem realizar vários diálogos com os demais equipamentos existentes, sendo uma forma de trabalhar e lidar com o problema de álcool e drogas. O modelo de assistência indicado é fundamentalmente ambulatorial. As internações são recursos de uso para determinados casos específicos, devendo ser de curta duração (Ministério da Saúde, 2001).

No intuito de avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas afins, temos as Conferências de Saúde, instituída pela Lei nº 8.142 de 1990. Assim, a III Conferência Nacional de Saúde

Mental (dezembro 2001) evidenciou de forma ética e diretiva, a (re) afirmação e (re) elaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que garanta seu atendimento pelo Sistema Único de Saúde e, ao mesmo tempo, considere seu caráter multifatorial, não reduzindo esta questão a uma problemática exclusiva do sistema de atenção à saúde (Ministério de Saúde, 2004b).

Como consequência do Seminário e da III Conferência Nacional de Saúde mental, o Ministério da Saúde, em 2002, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, por meio da Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002⁶ (Ministério da Saúde, 2004a).

Na seqüência, em 2003, editou documento sobre a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas que apresenta as diretrizes para uma política e para a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários, baseando-se em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e aos

⁶ Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002, 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 (Ministério da Saúde, 2004a).

demaís serviços da rede de saúde. Estes dispositivos devem fazer uso dos conceitos de território e rede, da lógica ampliada de redução de danos e, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2003).

O Sistema Único de Saúde tem como finalidade garantir a promoção e qualidade de vida para toda população, no intuito de assegurar acesso de todos a uma assistência integral e eqüitativa. Na saúde mental, esta finalidade foi garantida pela Lei 10.216, de 6 de abril de 2001⁷, sendo o “Marco da Reforma Psiquiátrica”, a inclusão dos que possuem transtornos mentais e, conseqüentemente, aos que sofrem de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas com a universalidade de acesso, direito à assistência, bem como sua integralidade.

Para o Ministério da Saúde (2004b), ao se estabelecer diretrizes, ações e metas na constituição de políticas, deve-se considerar a perspectiva transversalizadora que permite a apreensão do fenômeno contemporâneo do uso, abuso e ou dependência de álcool e outras drogas de modo integrado e diversificado, cuja percepção distorcida da realidade promove a disseminação de uma cultura de combate à substância que é inerte por natureza, fazendo com que o indivíduo e seu

⁷ Lei nº 10.216, de 6 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 (Ministério da Saúde, 2004c).

meio de convívio fiquem, aparentemente, relegados a um plano menos importante.

Assim, o Ministério da Saúde (2004b) propõe que, para uma política de prevenção, tratamento e educação para uso e consumo de álcool e outras drogas deve ser construída uma interface de programas do próprio Ministério com outros Ministérios, bem como com os setores da sociedade civil organizada.

Estamos vivendo este momento de busca para realizar articulações e criar uma rede de assistência que atinja grande parcela da população, até mesmo, aqueles que não procuram tratamento, tendo outra forma de abordá-los como, por exemplo, a redução de danos.

Reconhecer o consumidor, suas características e necessidades exige a busca de novas estratégias, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados a diferentes realidades. Lembrando que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes e, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e à superação do consumo são elementos fundamentais (Ministério da Saúde, 2004b).

Para uma eficaz atuação profissional, estes entendimentos e saberes deverão, nos acompanhar, porque só na prática estas verdades consolidar-se-ão. Sendo assim, todo profissional que atua com os pacientes deve ter pleno conhecimento das políticas existentes, realizando seu trabalho de modo consciente orientado para o futuro.

A política atual não tem como única meta a abstinência, pois leva em consideração que muitos consumidores de drogas não compartilham no desejo de alguns tipos de tratamentos propostos, nos quais a abstinência é a única proposta a ser alcançada (Ministério da Saúde, 2004b).

Frente a este objetivo são traçadas estratégias de abordagens para sua consecução: redução da oferta e da demanda. Para a primeira estratégia, conta-se com a ação da justiça, da segurança e da defesa. Para a segunda, a operação substancial vem acontecendo por meio de tratamentos de internação com afastamento do usuário do agente indutor (Ministério da Saúde, 2004b).

Portanto, na política atual a diminuição de danos é uma das estratégias utilizadas, pois estamos tratando de uma política abrangente para grande parte da população, assim, não podemos ser reducionistas trabalhando apenas com a abstinência.

Neste sentido, a atenuação de danos se oferece como um método e, portanto, não excludente de outros, no sentido de que tratar significa

aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade dos que estão tratando. O estabelecimento de vínculos cabe aos profissionais, sendo assim co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos daqueles usuários que se ligam a ele (Ministério da Saúde, 2004b).

A redução de danos é uma estratégia e deve ser operada em interações, viabilizando o acesso e o acolhimento daqueles que têm enfrentado múltiplos problemas com a dependência (Ministério da Saúde, 2001).

Este é o compromisso da saúde, fazer proliferar a vida, criando e mantendo equipamentos, qualificando seus profissionais, formulando políticas, assumindo o que lhe cabe no enfrentamento do que se faz adoecer e morrer (Ministério da Saúde, 2004b).

Não obstante, este é o compromisso do Sistema Único de Saúde com a Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas fortalecer o caráter de rede, fazendo conexões com os demais ministérios, garantir o acesso e direito a todos com a participação popular. Portanto, os serviços são transformados em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo do problema existente.

A Política de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas deve proporcionar tratamento na atenção primária, garantir acesso aos medicamentos, garantir atenção à comunidade/família/usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorar a saúde

mental na comunidade, dar apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos, assim, estas práticas devem ser, obrigatoriamente, contempladas (Ministério da Saúde, 2004b).

Para tanto, no sentido de normalizar a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde publicou portarias voltadas à estruturação da rede de atenção. A Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, já definia as normas e diretrizes para a organização de serviços substitutivos que prestam assistência em saúde mental, denominados Centros de Atenção Psicossocial (Ministério da Saúde, 2004d).

O serviço substitutivo – Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), é um serviço comunitário que tem como papel cuidar de pessoas que sofrem com transtornos mentais em seu território de abrangência (Ministério da Saúde, 2004b).

Os Centros de Atenção Psicossocial obedecem a alguns princípios básicos, tais como: devem se responsabilizar pelo acolhimento de 100% da demanda dos portadores de transtornos mentais de seu território, garantindo a presença de profissional responsável durante todo o período de funcionamento da unidade (plantão técnico) e criar uma ambiência terapêutica acolhedora no serviço (Ministério da Saúde, 2004b).

Assim, os serviços substitutivos denominados pela Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 de Centros de Atenção Psicossocial

são serviços definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional que se constituem nas seguintes modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, devem estar capacitados para realizar atendimento a pacientes com transtornos mentais em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. No funcionamento dessas três modalidades de serviços, a diferença se dá no número de participantes da equipe, área de abrangência e funcionamento dos turnos (Ministério da Saúde, 2004d).

Na referida portaria, aparece a estrutura para os Centros de Atenção que deverão compor a rede de atenção aos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, denominados de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, na modalidade II – CAPS ad II. Estes Centros devem ser organizados para acolher pessoas a qualquer momento do dia e responsabilizar-se pela demanda no âmbito de seu território (Ministério da Saúde, 2004d).

Para o Ministério da Saúde (2004d), estes dispositivos devem realizar articulações com todas as demais áreas da saúde, da educação, da justiça e social. Seu funcionamento deverá ser em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo até comportar um terceiro turno

que funcione até às 21 horas. A assistência prestada ao paciente inclui algumas atividades, sendo as seguintes:

- a. Atendimento individual;
- b. Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);
- c. Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissionais de nível médio ou nível superior;
- d. Visitas e atendimentos domiciliares;
- e. Atendimento à família;
- f. Atividades comunitárias, enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g. Os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias;
- h. Atendimento de desintoxicação.

Ainda, na Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, fica também, estabelecida a forma de acompanhamento dos pacientes que poderá ser intensiva, semi-intensiva e não intensiva. Define-se como

atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, precisam de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que precisam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não devem estar diariamente no serviço; não intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor (Ministério da Saúde, 2004d).

A Portaria SAS/MS nº 189, de 20 de março de 2002 regulamenta a Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, no que se refere ao atendimento que necessite de leito, assim, altera o código de Tabela de Classificação de Serviço de 14 para 147: “código 147 – Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população de 100.000 habitantes ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, com leitos para desintoxicação e repouso (dois a quatro leitos), desenvolvendo atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso e ou dependência de álcool e outras drogas”. Designação: CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] ad [a=álcool e d= drogas] (Ministério da Saúde, 2004d).

Ainda a clareza da necessidade de definição das estratégias específicas de enfrentamento que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na

reabilitação e reinserção social desses indivíduos levou o Ministério da Saúde a instituir no âmbito do Sistema Único da Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, por meio da Portaria GM/MS 816, de 30 de abril de 2002, citada anteriormente, programa este a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios (Ministério da Saúde, 2004a).

Em suma, o governo brasileiro tem como objetivo reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (STRs) e Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral (UPGH) – como também incluir as ações da saúde mental na atenção básica, implementar uma **política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** (grifo nosso). Implantar o programa “De volta para Casa”, manter um programa permanente de formação de recursos humanos para a reforma psiquiátrica, promover direitos de usuários e familiares, incentivando a participação no cuidado, garantir tratamento digno e de qualidade ao louco infrator (superando o modelo de assistência centrado no Manicômio Judiciário) e avaliar continuamente todos os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria (Ministério da Saúde, 2004b).

Para o Ministério da Saúde (2004b), o cenário atual é da tendência de reversão do modelo hospitalar para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária, o **entendimento das questões de álcool e outras drogas, como problema de saúde pública e como prioridade no atual governo** (grifo nosso) e a ratificação das diretrizes do Sistema Único de Saúde pela Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 e a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001.

Para o Ministério da Saúde, os seguintes dados são de fundamental importância: 3% da população geral sofrem com transtorno mental grave e persistente; **6% da população apresentam transtorno psiquiátrico grave decorrente do uso de álcool e outras drogas**; (grifo nosso); 12% da população necessitam de algum atendimento em Saúde Mental, seja ele contínuo ou eventual e 2,3% do orçamento anual do Sistema Único de Saúde são para a Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2004b).

Assim, os desafios para o Ministério da Saúde estão centrados em fortalecer políticas de saúde voltadas para grupos de pessoas com transtorno mental de alta prevalência e baixa cobertura assistencial; consolidar e ampliar a rede de atenção de base comunitária e territorial, promotora da reintegração social e da cidadania; implementar uma política de saúde mental eficaz no atendimento às pessoas que sofrem

com a crise social, a violência e desemprego e aumentar recurso do orçamento anual do Sistema Único de Saúde para a Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2004b).

Os Centros de Atenção Psicossocial designados CAPS ad II, já somam 64 (12% dos serviços de Atenção Psicossocial), mas, ainda é notória a carência dos serviços frente à demanda. Neste sentido, o Ministério da Saúde tem como prioridade a implementação desses serviços, assegurando a determinação da expansão da rede de atenção e cobertura do Sistema Único de Saúde, no que se refere aos usuários de álcool e outras drogas, em uma perspectiva coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica, na qual cabe ao indivíduo ser protagonista de seu próprio processo terapêutico e, conseqüentemente, construir sua cidadania (Ministério da Saúde Mental, 2004b).

O Gráfico 1, ilustra a proporção dos Centros de Atenção Psicossocial existentes no território nacional:

Gráfico 1- Proporção de Centros de Atenção Psicossocial existentes no território nacional.

Fonte: INFORMATIVO DA SAÚDE MENTAL MS/SAS/DAPE/Coordenação Geral de Saúde Mental ANO III, Nº 15 (7-2004). Edição Especial: CONGRESSO BRASILEIRO DE CAPS.

Diante do exposto, pretendemos compreender os conceitos e estratégias que norteiam a assistência dos profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial aos Usuários de Álcool e outras Drogas, na tentativa de subsidiar as ações dos demais serviços de saúde mental.

Vai, pois e bebe o teu vinho com coração contente.

Eclesiastes 9:7

O vinho que alegra o teu coração.

Salmo 104:15

III. OBJETIVOS

Portanto, este estudo teve por objetivos:

- Identificar e analisar a concepção do trabalhador sobre Centro de Atenção Psicossocial aos Usuários de Álcool e outras Drogas – CAPS ad II.
- Identificar e analisar as ações assistenciais dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas – CAPS ad II.
- Identificar e analisar a incorporação dos conceitos e estratégias que norteiam a Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas de um Centro de Atenção Psicossocial aos Usuários de Álcool e outras Drogas – CAPS ad II.

*Bebeu do vinho, e embriagou-se.
Gênesis 9:21
Agora, pois, toma cuidado, e não bebas vinho nem bebida forte.
Juízes 13:4*

IV. PERCURSO METODOLÓGICO

1. Fundamentação Teórica do Estudo

1.1. Reforma Psiquiátrica no Brasil – Desinstitucionalização

Para dar sustentação teórica ao estudo, vamos nos fundamentar na Reforma Psiquiátrica no Brasil e no conceito de desinstitucionalização.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil não é uma discussão recente, faz parte de um cenário que data desde a década de 60, do século XX, quando era consenso geral que a assistência psiquiátrica brasileira era de má qualidade.

Este processo que atingiu seu ápice no final da década de 1980 foi denominado de Reforma Psiquiátrica Brasileira. Conforme cita Delgado (1992), a Reforma Psiquiátrica é uma expressão imprecisa, e tem sido usada como recurso para designar o conjunto de modificações recentes que vêm sendo produzidas, a partir do final da década de 1970, das relações discursivas que se vêm estabelecendo entre a Psiquiatria e demais disciplinas de saúde, do campo social, das instituições e dos movimentos sociais.

A história da Reforma Psiquiátrica inicia-se, conforme Resende (1987), durante o período que se seguiu ao movimento militar de 1964, representando um marco divisório entre uma assistência, até então, destinada ao doente mental indigente a uma nova fase, imbuída da ideologia privatista; ideologia esta preconizada pelo movimento militar.

A década de 1970 foi marcada pelas lutas de redemocratização do país, o que proporcionou o aparecimento de vários movimentos sociais e, entre eles, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MSTM - como rede informal que objetivava organizar núcleos voltados às lutas contra o modelo asilar - mais tarde, denominado de Movimento Nacional da Luta Antimanicomial.

Assim, no final da década de 1970, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), buscando iniciativas e formulações das Políticas de Saúde no subsetor de saúde mental, a fim de reformular a assistência psiquiátrica. Para Amarante (1995), não existe dúvida que este foi o marco da Reforma Psiquiátrica brasileira de onde emergiram as propostas de reformulação do sistema assistencial, no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico.

Na década de 1980, o processo de redemocratização deu-se com a eleição direta de governantes estaduais e possibilitou que setores progressistas assumissem a condução de políticas públicas de saúde. Nesse contexto, emergiram propostas dos trabalhadores em Saúde

Mental que faziam críticas à prática e ao saber psiquiátricos clássicos, à função tutelar e segregadora da intervenção psiquiátrica e ao aparato manicomial (Barros, 1996). Esta configuração da conjuntura política na primeira metade de 1980 impulsionou toda a organização em torno da criação do Sistema Único de Saúde – SUS.

Na seqüência, ainda no início da década de 1980, em razão da recessão econômica brasileira, o Estado procurou redefinir as diretrizes na área da Saúde. Em 1981, o Conselho Consultivo da Administração da Saúde (CONASP/ INAMPS), elaborou o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, oficializado pela Portaria 3.108 de dezembro de 1998, que faz uma crítica às instituições asilares e seu caráter desviante e alerta para a estratégia de privatização adotada a partir dos anos 70 do séculos XX.

De acordo com Fagundes (1998), este Programa demonstra, ainda, o aumento de leitos, da remuneração, bem como nas distorções, como internações desnecessárias, múltiplas e desarticuladas portas de entrada do sistema, diagnósticos questionáveis para aumentar o período de internação, na não utilização adequada de recursos de saúde disponíveis nas esferas públicas municipais, estaduais e federal.

Assim, o programa propôs diversas mudanças do modelo assistencial, quais sejam: priorização da assistência extra-hospitalar,

atendimento equipe multiprofissional, regionalização do atendimento enfatizando o atendimento psiquiátrico na comunidade (Fagundes, 1998).

Em junho de 1987, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, como um desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde – 1986 – marcada por conquistas estratégicas importantes, como o movimento articulado em prol da reforma sanitária do país.

Desse modo, o relatório da Conferência traz uma orientação de que o serviço público não credencie nem instale novos leitos nas unidades psiquiátricas tradicionais, estes devem ser reduzidos e substituídos por leitos psiquiátricos em hospital geral público e ou serviços inovadores na atenção ao doente mental (Ministério da Saúde, 1988).

Dentro da proposta de reformulação do modelo de assistência psiquiátrica, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil, em 1987, em São Paulo – Centro de Atenção Psicossocial Luis da Rocha Cerqueira, pela Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, e dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em 1989, pela Prefeitura de Santos (Pitta, 1994).

Seguindo a mesma lógica de reformulações das Políticas Públicas em saúde mental, o Deputado Federal Paulo Delgado, em 1989, no âmbito Legislativo encaminha ao Congresso Nacional o Projeto de Lei nº 3.657/89. O projeto propunha a extinção progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, com a implantação de unidades psiquiátricas em

hospital geral e recursos extra-hospitalares de atenção como hospitais-dia, hospital-noite, pensões e centros de convivência, ou seja, a substituição dos hospitais psiquiátricos por outras modalidades e práticas assistenciais (Delgado, 1989).

A década de 1990 foi um período de transformação do setor de saúde no país, assistiu-se nesse período a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), privilegiando a implantação e as transformações efetivas na área de saúde mental, pois este sistema de saúde objetiva a descentralização, a universalidade, serviços organizados de forma regionalizada e hierarquizados, a integralidade da atenção e a participação social, tudo visando ao direito à saúde e à cidadania (Alves, Saide, Schechtman, Silva, 1994).

Em seguida, realiza-se, em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental em Brasília. No Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde Mental, os grandes temas sobre os quais estão centradas as deliberações dos delegados e dos participantes desta são: - rede de atenção em saúde mental; - transformação e cumprimento das leis e – direito à atenção e direito à cidadania (Ministério da Saúde, 1994).

Nesta mesma época, houve contribuição da Conferência promovida pelas Organizações Pan-americana e Mundial da Saúde – OPAS/OMS, sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada na cidade de Caracas, Venezuela em novembro de 1990.

A grande contribuição desta conferência se dá por sua crítica aos hospitais psiquiátricos, pois se preconizava a adoção de políticas que propiciassem a permanência do pacientes no meio comunitário, a adequação das legislações que assegurassem o respeito aos direitos humanos e civis dos doentes mentais, e a reorganização dos serviços para a superação dos modelos convencionais de assistência psiquiátrica (Organização Pan-americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, 2004).

Portanto, várias iniciativas foram realizadas, tais como: implementação de novos modelos de atenção em saúde mental, sincrônicos com as diretrizes da reforma; criação de novas modalidades de atenção (Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Atenção Psicossocial e outros); práticas inovadoras (formas de cuidado, novos processos de trabalho, inserção no território, criação e potencialização de redes sociais, inserção no trabalho e outros); publicação de portarias ministeriais (reorientação do modelo assistencial, financiamento e outros); processos de vistorias; criação de várias associações de usuários, familiares e profissionais; criação de comissões nacional e estaduais de reforma da assistência psiquiátrica e em saúde mental (Caderno Informativo da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001).

No dia 22 de janeiro de 1999, no Senado Federal, foi aprovado o Anexo ao Parecer nº 43, de 1999 – Redação Final do Substitutivo do

Senado ao Projeto de Lei da Câmara nº 8 de 1991 (nº 3.657 de 1989, na Casa de origem), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos psíquicos e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Após a sua aprovação, foi encaminhado à Câmara dos Deputados (Brasil, 1999).

Na seqüência, a Organização Mundial da Saúde – OMS, em abril de 2001, celebrou o Dia Mundial da Saúde, dedicado à Saúde Mental, com o tema “Cuidar, sim. Excluir, não” , como afirmativo de uma ética, que representa uma direção fundamental para o campo da atenção psiquiátrica e em saúde mental. Por ocasião desta celebração, após 12 anos de intenso debate sobre o projeto de Lei nº 3.657/89 do deputado federal Paulo Delgado foi aprovada e sancionada a lei federal de saúde mental – Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 – que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, estabelecendo um conjunto de medidas e fundamentos para sua efetivação (Caderno Informativo da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001).

Finalmente, a III Conferência Nacional de Saúde Mental com o tema – “Cuidar, sim. Excluir, não” – “Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social” , em dezembro de 2001, que objetivou um intenso debate com base no eixo temático “Reorientação do Modelo Assistencial”, tendo como subtemas os recursos

humanos, financiamento, controle social e direitos, acessibilidade e cidadania, propondo uma avaliação (Caderno Informativo da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, 2001).

Para esta Conferência, foi proposta uma coletânea de textos com a finalidade de subsidiar as discussões que ocorreriam no evento. Assim, um dos textos diz respeito ao Relatório do seminário sobre o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas, discutido, anteriormente, no capítulo sobre revisão da literatura.

Estes textos em conjunto com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, também, já apresentado contribuem para o entendimento das estratégias de aperfeiçoamento da assistência aos usuários de substâncias psicoativas.

Finalmente, Amarante (2003) propõe uma nova conceituação para a Reforma Psiquiátrica, que é fundamentada no conceito de reforma sanitária, como um processo de transformação estrutural e na noção de processo social complexo, que se configura na e pela articulação de várias dimensões que são simultâneas e inter-relacionadas e apresenta as dimensões como:

- A primeira dimensão refere-se ao campo epistemológico ou teórico conceitual, ou seja, ao conjunto de questões que se situam no campo de produção de saberes, em que o conceito de

desinstitucionalização passa a designar as múltiplas formas de tratar o sujeito em sua existência e em relação com as condições concretas de vida;

- A segunda dimensão no âmbito técnico assistencial, em que emerge a questão do modelo assistencial;
- A terceira dimensão da Reforma Psiquiátrica diz respeito ao campo jurídico-político, no qual importa rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais;
- A quarta dimensão é denominada sociocultural e diz respeito ao conjunto de ações que visam a transformar a concepção da loucura no imaginário social, transformando as relações entre sociedade e loucura.

2. Tipo de Pesquisa

Para entender o projeto assistencial do Centro de Atenção Psicossocial aos Usuários de Álcool e outras Drogas – CAPS ad II, optamos pela pesquisa qualitativa por ser capaz de incorporar a questão do Significado e da Intencionalidade, como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, tornando-se impossível trabalhar apenas com números, já que estamos considerando o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores (Minayo, 1992).

Para a autora, a saúde e a doença trazem em si uma carga histórica, política, ideológica e cultural, que não podem ser contidas em uma forma numérica ou dado estatístico.

Mecler, Cardoso, Almeida (1996) concordam com essa idéia ao afirmarem não ser possível alcançar o significado por meio das quantidades e números. Pois, estes podem, no máximo, fornecer um suporte para a interpretação que lhes confere um sentido.

Este estudo aqui apresentado é histórico e social, portanto, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão social, o qual vive o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro num empate constante, entre o que está dado e o que está sendo construído (Minayo, 1997).

Para analisar o objeto deste estudo, utilizamos o conceito de representação social que para Minayo é um:

Termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Nas ciências sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando ou questionando-a (Minayo, 1998, p.158).

A representação social é uma forma de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (Oliveira, 2000).

Ao dar voz aos profissionais aqui representados com suas práticas assistenciais desenvolvidas no Centro de Atenção Psicossocial aos Usuários de Álcool e outras Drogas – CAPS ad II, buscamos apreender a realidade do contexto institucional, para refletirmos no que tange à sua natureza e funcionamento em relação às mudanças instituídas e como estas se articulam no processo da desinstitucionalização, pois acreditamos que os mesmos estão construindo suas realidades e, assim, apresentam sua visão de mundo, dando um significado às suas práticas, explicando-as, justificando-as ou questionando-as.

Para fundamentar nosso trabalho de campo dentro da pesquisa qualitativa, optamos pelo Estudo de Caso que consiste na categoria de pesquisa, na qual o objeto é uma *unidade* que se analisa profundamente (Triviños, 1987), ou seja, o Estudo de Caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento (Gil, 1996).

Concordamos com Triviños (1987) que o Estudo de Caso, como método de pesquisa, pode ser definido como um conjunto de dados que descrevem uma fase ou totalidade do processo social de uma unidade, em suas várias relações internas e em suas fixações culturais, quer seja essa ***unidade*** uma pessoa, uma família, um profissional, uma instituição social, uma comunidade ou uma nação (grifo nosso).

Assim, a ***unidade*** pode ser um sujeito, uma comunidade, um grupo, uma instituição, dentre outros. Neste estudo, a ***unidade-caso*** recai na assistência prestada pelo grupo de profissionais que trabalha em um **Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas – CAPS ad II** (grifo nosso), por ser um dos primeiros Centros de Referência para álcool e drogas. Assim, a finalidade foi conhecer os discursos dos profissionais sobre o projeto e suas práticas assistenciais, articulando com os conceitos e estratégias que norteiam a assistência.

Por se tratar de um estudo de caso singular, o estudo não nos permite fazer generalizações a todos os Centro de Atenção Psicossocial aos Usuários de Álcool e outras Drogas – CAPS ad II, porém possibilita-nos uma aproximação da realidade.

3. CENÁRIO

O Ministério da Saúde considerando a necessidade de instituir no Sistema Único de Saúde, o programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, conforme a Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002. Seguindo as orientações da Portaria GM/MS nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que define e estabelece as modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial em CAPS I, CAPS II e CAPS III.

No dia 6 de novembro de 2002 por meio da Portaria GM/MS 854 de 6 de novembro de 2002 habilita alguns Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas, entre eles o Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD, cenário de nosso estudo (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-854.htm>)⁸.

O Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD funciona em uma casa da década de 1960, num local conhecido como casa mal-assombrada, em razão de seu aspecto deteriorado. Na época, já abrigava pessoas com problemas psiquiátricos que ali ficavam reclusas, até serem encaminhadas a um hospital adequado. Para ser

⁸ Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2002/PT-854.htm>. Acesso em 5 de maio de 2005.

inaugurado no dia 6 de junho de 2002, realizou-se uma grande reforma (www.saopaulo.sp.gov.br)⁹.

A missão do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD é ser um pólo de coordenação e implementação de políticas públicas relacionadas à promoção de saúde, prevenção e tratamento de transtornos, causados pelos tóxicos de ingestão de bebidas alcoólicas (<http://www.reduc.org.br/news.php?recidnot=31>)¹⁰.

O referido Centro está localizado no bairro do Bom Retiro, São Paulo, conhecido como “*Cracolândia*”, em região do alto consumo de *crack*, atende a pacientes “usuários” do Sistema Único de Saúde (www.saopaulo.sp.gov.br/sis/lenoticia.asp?id=51176)¹¹. É proposto para realizar um trabalho regionalizado, abrangendo as subprefeituras da Sé, Lapa e Mooca.

Este centro possui núcleos de tratamento de adolescentes, adultos, dependentes de tabaco, álcool e outras drogas, realiza pesquisa, reúne dados e presta atendimento à população (www.saopaulo.sp.gov.br). Possui, uma enfermaria com leitos para desintoxicação, consultórios médicos, locais para realizar atendimentos em grupo, farmácia e refeitório.

⁹ Disponível em: www.saopaulo.sp.gov.br. Acesso em 5 de maio de 2005.

¹⁰ Disponível em: <http://www.reduc.org.br/news.php?recidnot=31>. Acesso em 5 de maio de 2005.

¹¹ Disponível em: www.saopaulo.sp.gov.br/sis/lenoticia.asp?id=51176. Acesso em 05 de maio de 2005.

Para participar do programa, os pacientes devem se apresentar voluntariamente, pois passam a maior parte do dia no local de tratamento. A equipe é multidisciplinar com diversas abordagens terapêuticas, tanto em grupo como individual.

4. A COLETA DE DADOS E OS SUJEITOS DO ESTUDO

Antes de iniciarmos o procedimento de coleta de dados, foi solicitada a aprovação do projeto de investigação pela Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, e após sua liberação, com parecer favorável, solicitamos a aquiescência do mesmo a Diretora do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD (Anexo II).

Pelos trâmites legais e sendo obtida a aprovação do Comitê de Ética e da Diretora do serviço, iniciamos a coleta de dados com os profissionais da Instituição. Este procedimento foi realizado no período de trinta dias.

Participaram do estudo nove profissionais de nível superior, que prestam assistência direta aos pacientes com transtornos mentais e comportamentais, decorrentes do uso de substâncias psicoativas que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I).

Durante a coleta de dados, houve quatro profissionais que se recusaram a participar da entrevista, dois ao ser lida a primeira pergunta e os outros dois não chegaram a ter conhecimento das perguntas.

Os sujeitos da pesquisa foram orientados sobre a importância do estudo, a respeito da possibilidade de participar ou não e informados previamente de que uma eventual negação não lhes acarretaria prejuízos.

A necessidade de gravação e a garantia de anonimato foram esclarecidas, bem como que os dados contidos nos depoimentos seriam publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos nacionais e internacionais. Ao final da abordagem, foi esclarecido que a colaboração deles é relevante aos profissionais de saúde mental.

Depois do profissional aceitar participar do estudo, procurávamos uma sala de consultório para a realizar a entrevista, livre de interrupções e ruído, o que nem sempre foi possível garantir.

Os instrumentos para coleta de dados e alcance dos objetivos propostos foram obtidos por meio de entrevistas (Anexo III) gravadas, após consentimento do sujeito e transcritas, posteriormente, pela pesquisadora.

5. Análise dos Dados

Para a análise dos dados, apoiamo-nos na proposta da interpretação qualitativa de dados, citada por Minayo (1998); assim, as falas dos atores sociais (sujeitos da pesquisa) são situadas em seu contexto para melhor compreensão, ou seja, têm, como ponto de partida, o interior da fala e como ponto de chegada, o campo de especificidade histórica e totalizante que a fala produz.

Na fase da análise dos dados, seguimos a proposição de operacionalização apresentada por Minayo (1998):

5.1. Operacionalização da análise

5.1.1. Ordenação dos dados - engloba um mapeamento das entrevistas e dados obtidos, envolvendo: transcrição das entrevistas, releitura do material; organização dos relatos, buscando uma determinada ordem para fins de uma classificação inicial; segundo a proposta analítica.

5.1.2. Classificação dos dados – é feita apoiada na relação entre as questões teoricamente elaboradas e dirigidas ao campo; trata-se de um processo inconcluso de perguntas suscitadas pelo quadro empírico às referências teóricas do investigador, compreendendo leitura exaustiva e repetida dos textos das entrevistas na busca de um conhecimento compreensivo,

estabelecendo interrogações para apreensão dos atores e das idéias centrais que tentam transmitir.

5.1.3. Análise final – nesse momento é feita uma reflexão sobre o material empírico, como ponto de partida e de chegada da interpretação. Para Minayo:

Esse movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice-versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral e o verdadeiro movimento dialético visando ao concreto pensado (Minayo, 1998, p.16).

Assim, promovemos relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática.

6. Cuidados Éticos

Os aspectos éticos foram obedecidos conforme determinado na Resolução n. 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 1996) que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos.

Para que os participantes deste estudo tivessem seus direitos resguardados, sem que fossem infringidos os princípios éticos, o presente estudo foi submetido à:

- a) Aprovação na Comissão de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo IV);
- b) Na abordagem inicial, foi facultada a aos sujeitos da pesquisa, a possibilidade de participar ou não do estudo e informados previamente de que, uma eventual negação, não lhes acarretaria prejuízos. Foram esclarecidos da necessidade da gravação e que cada um receberia uma identificação fictícia para manter o anonimato e que os dados contidos nos depoimentos seriam publicados e divulgados em periódicos e eventos científicos nacionais e internacionais. Ao final da abordagem foi esclarecido que a colaboração deles seria relevante para os profissionais de saúde mental.

- c) O Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I) foi obtido com todos os colaboradores que se dispuserem a dar seus depoimentos. Foi realizada, a leitura do Consentimento Livre e Esclarecido junto com os participantes a fim de clarificar informações que possam ter ficado obscuras; em seguida o mesmo foi assinado pelos participantes e pela pesquisadora.

Firmamos compromisso com os participantes de que teriam suas dúvidas esclarecidas, sempre que fosse necessário.

Até quando estarás tu embriagada?

Aparta de ti o teu vinho.

I Samuel 1: 14

V. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1. CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS

Neste estudo, foram entrevistados nove profissionais, sendo apenas um do sexo masculino e oito do sexo feminino.

Quanto à idade, a menor foi 37 anos, as demais variaram 40 a 62. Quanto ao estado civil, seis casados, um solteiro, um divorciado e um separado.

Na tabela 1 a seguir são apresentados os dados numéricos referentes aos profissionais que se prontificaram a participar das entrevistas.

Tabela 1. Distribuição dos profissionais por categoria profissional, no serviço Centro de Referência para Tratamento de Álcool Tabaco e Outras Drogas de São Paulo/São Paulo, 2005.

Profissionais	(n)	(%)
Assistente Social	2	22,22
Enfermeiro	2	22,22
Médico Clínico	1	11,11
Médico Psiquiatra	3	33,34
Psicólogo	1	11,11
Total	9	100,00

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora por meio de entrevistas.

Pelos dados da Tabela 1, podemos observar que outras categorias profissionais não foram entrevistadas, pois o recorte populacional, explicitado na metodologia desta investigação foi delimitado com a equipe técnica, portanto, excluindo os auxiliares de enfermagem, assim os profissionais de nível médio não foram incluídos.

A amostra caracteriza a equipe proposta pelo Ministério da Saúde para a implementação de Centro de Atenção Psicossocial, composta por um médico psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico, quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico e seis profissionais de nível médio (Ministério da Saúde, 2002).

Para Oliveira e Alessi (2003), o contexto da Reforma Psiquiátrica apresenta uma mudança do paradigma psiquiátrico clássico, explicitado no referencial teórico deste estudo, que se mantém pelas práticas que superam esse paradigma e esta mudança de concepção, tanto em oposição à doença mental como no objeto de intervenção corresponde a novas estratégias de intervenção, projetos terapêuticos, que, por sua vez, conformam uma dialética concreta que se apresenta no cotidiano de trabalho dos profissionais, que atuam na área de assistência à saúde

mental. O trabalho em equipe no processo da Reforma Psiquiátrica é de fundamental importância.

Conforme Soares e Rohden (1994), é imprescindível uma abordagem multidisciplinar para enfrentar o problema da dependência, como descreveremos no item sobre as categorias empíricas deste estudo.

No que se refere à categoria profissional, temos a seguinte distribuição dos profissionais:

Quadro 2. Distribuição dos profissionais, por categoria e cursos de pós-graduação realizado, no serviço Centro de Tratamento de Álcool Tabaco e Outras Drogas de São Paulo/SP, 2005.

Profissional	Total	Especialização		Mestrado
		SM	AD/SM	
Assistente Social	2		1	
Enfermeiro	2		2	
Médico	4		2	1
Psicólogo	1	1		

Fonte: Dados coletados pela própria pesquisadora por meio de entrevistas. Legenda da Especialização: SM – Saúde Mental; AD – álcool e outras drogas.

Pelo Quadro 2, podemos observar que a maioria dos profissionais possui o título de especialização em Psiquiatria, e um possui a titulação de Mestre na área; somente dois profissionais não possuem o título de especialista em saúde mental.

Estes dados revelam que a equipe atuante na área de Saúde Mental está cada vez mais procurando a especialização (cinco se especializaram em álcool e outras drogas)¹², por conta de uma formação generalista da maioria dos profissionais, somando-se a isto a falta de conhecimento específico na área de saúde mental na formação

¹²O fato demonstra que as instituições e trabalhadores estão atentos às diretrizes da política nacional que, além da assistência, também se refere à capacitação dos profissionais.

acadêmica de algumas profissões, aqui representadas. Observamos que os profissionais de saúde não recebem informações e treinamentos suficientes sobre dependências de um modo geral, contribuindo para a inadequação em lidar com o problema (Figlie, Pillon, Laranjeira, Dunn, 1997).

Na Saúde Mental, notamos um avanço, conforme a análise de Oliveira e Alessi (2003), a respeito do processo de trabalho de quatro equipes ambulatoriais de saúde mental, um hospital-dia e um Centro de Atenção Psicossocial, em Cuiabá/Mato Grosso, a especialização era predominantemente médica.

Quanto ao tempo de formação profissional, variou 12 a 32 anos, o tempo em que trabalham na área de Saúde Mental, o menor tempo afirmado foi de dois anos e três meses, quatro dos entrevistados foram de 8 a 14 anos e os demais 23 a 24 anos 11 meses.

Verificamos que os profissionais possuem um maior tempo de trabalho na área de Saúde Mental, assim podemos inferir que estes incorporaram a Reforma Psiquiátrica na busca da superação dos modelos tradicionais da assistência ao paciente.

Como explicitado no capítulo percurso metodológico, pudemos depreender das entrevistas duas grandes categorias:

1. **Categoria I** – Concepção sobre o serviço de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades de saúde mental aos pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas – Centro de Atenção Psicossocial para Tratamento de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II.

2. **Categoria II** – Ações assistenciais aos pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas

2. CATEGORIA I

CONCEPÇÃO SOBRE O SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
para o desenvolvimento de atividades de saúde mental aos pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas – Centro de Atenção Psicossocial para Tratamento de Álcool e outras Drogas – CAPS ad II.

No Brasil, a maior parte dos programas de tratamento para dependentes de álcool e outras drogas, deu início às suas atividades a partir de 1981. Nos anos anteriores, a atenção conferida era basicamente de instituições religiosas, hospitalares e clínicas psiquiátrica, que correspondia a 80% dos programas existentes naquele momento. Nos anos de 1980, a temática de álcool e outras drogas ocupou lugar de destaque e um novo conjunto de instituições apareceu (Soares, Rohden, 1994).

De acordo com as autoras citadas, em 1993, apenas 12% dos locais que desenvolviam programas de prevenção e recuperação da dependência química eram de responsabilidade do governo.

Percebemos que o modelo de tratamento aos dependentes de álcool e outras drogas por muito tempo permaneceu sendo o hospitalocêntrico, só com o movimento da Reforma Psiquiátrica é que os envolvidos na assistência reafirmam sua ineficácia, expressando a necessidade de reestruturação da assistência psiquiátrica.

Assim, na década de 1980, um projeto neoliberal de saúde vem substituir o modelo médico-assistencial privatista vigente, até então; visando à reorganização do setor público para ocupar uma parcela da assistência pública delegada aos serviços comprados, no bojo da crise financeira na Previdência Social (Amarante, 1995).

.Desse modo, o processo de co-gestão entre o Ministério da Saúde e da Previdência Social é implantado e, também, criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP, em 1981, com o objetivo de avaliar e propor modificações nas políticas vigentes (Amarante, 1995).

Para a Saúde Mental, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária – CONASP elaborou um plano, denominado de Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica, que propunha os princípios da regionalização; hierarquização, complementaridade do setor privado, descentralização e integração institucional; no qual a ênfase normativa permanecia no cuidado extra-hospitalar, estimulando a utilização dos hospitais-dia, hospitais-noite, pensões e oficinas protegidas e de cuidados psiquiátricos em hospitais gerais (Fagundes, 1998).

Para Delgado (1987), o processo de redemocratização, na década de 1980, também, possibilitou que setores progressistas assumissem a condução das políticas de saúde e, neste contexto, diversos Estados como São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e

Bahia iniciaram a reformulação de sua rede de assistência psiquiátrica para tentar superar o modelo hospitalar-custodial.

Em junho de 1987, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, como desdobramento da 8ª Conferência Nacional de Saúde. O Relatório Final recomendava a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais; a redução progressiva dos leitos existentes nestes hospitais. A criação de leitos em hospitais gerais públicos ou por serviços inovadores alternativos à internação psiquiátrica; a reversão da tendência hospitalocêntrica, priorizando o sistema extra-hospitalar e multiprofissional, como referência assistencial ao paciente inserindo-se na estratégia de desospitalização (Ministério da Saúde, 1988). Em seu Relatório Final não foi possível encontrar nenhuma referência em relação à assistência para álcool e outras drogas.

Outra grande contribuição parte da Conferência promovida pelas Organizações Pan-americana e Mundial da Saúde – OPAS /OMS, sobre a reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região (América Latina), realizada na cidade de Caracas, Venezuela, em novembro de 1990 (Oliveira, 2002).

No entanto, o aprofundamento das discussões sobre a reestruturação do modelo assistencial surgiu na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, considerada um marco histórico no

processo de transformação da assistência em saúde mental (Schechtman, Alves, Silva, 1996).

No Relatório Final, desta conferência, na terceira parte, que dispõe sobre a Direitos e Legislação, o Capítulo 11 foi destinado às Drogas e Legislação (Schechtman, Alves, Silva, 1996).

Em síntese, o relatório recomendava: pela descriminalização do usuário e dependente de drogas; pelo acesso dos usuários nas escolas; pela promoção de campanhas de saúde pública visando ao combate às drogas; pela proibição da veiculação de propagandas de álcool e tabaco; pela capacitação dos profissionais envolvidos na assistência à saúde mental e, finalmente, pela criação de programas de tratamento para alcoolistas e demais dependentes químicos, no nível ambulatorial, bem como nas unidades de internação. Podemos notar que em nenhum momento, questionavam-se as longas internações dos dependentes de álcool e ou outras drogas, como também não se aprofundou a discussão sobre os serviços extra-hospitalares específicos às pessoas que fazem uso prejudicial do álcool e outras drogas.

Na seqüência, à saúde mental, especificamente, uma outra grande contribuição importante deu-se com o encaminhamento ao Congresso Nacional do Projeto de Lei nº 3.657/89 de autoria do Deputado Federal Paulo Delgado; que inclui os seguintes aspectos: a desospitalização ou redução progressiva dos leitos psiquiátricos, além de ficar proibida a

construção de novos hospitais psiquiátricos, devendo haver criação de serviços comunitários de assistência psiquiátrica alternativa à internação (Bandeira, Soares, 1996).

Assim, ao incorporar a noção da desinstitucionalização¹³, os serviços hospitalares deveriam ser superados, gradativamente, criando no ambiente da comunidade locais onde os pacientes pudessem ser reabilitados, desse modo notamos o aparecimento de hospitais-dia, centros de convivência e centros de atenção (Bandeira, Soares, 1996).

Os locais de tratamento para usuários de álcool e outras drogas deveriam alcançar a população atingida por esse problema, que devem encontrar uma rede de serviços diversificados e atuantes de forma efetiva (Laranjeira, 1996).

Seguindo a lógica da desinstitucionalização, os serviços extra-hospitalares começam a ser criado por meio dos Centros de Atenção Psicossocial e ou Núcleos de Atenção Psicossocial, o momento expressivo da implementação desses serviços deu-se nos anos de 1990 (Delgado, Weber, 2003).

¹³ Desinstitucionalização entendida como um processo social complexo que tende a mobilizar, como atores os sujeitos sociais envolvidos, e a transformar as relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação em hospital psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos ali depositados (Rotelli, Leonardis, Mauri, 1990 - Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização: uma outra via. In: Nicácio F. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990).

Assim, após várias manifestações positivas e ou negativas, no dia 22 de Janeiro de 1999 no Senado Federal, foi aprovado o Anexo do Parecer n° 43, de 1999 – Redação Final do Substitutivo do Senado ao Projeto de Lei da Câmara n° 8 de 1991 (n° 3.657, de 1989, na casa de origem). Finalmente, foi aprovada e sancionada a Lei Federal de Saúde Mental – Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001 – que dispõe sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial, estabelecendo um conjunto de medidas

fundamentais para sua efetivação e que vem a ser instrumento legal/normativo máximo à política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que também se encontra em sintonia com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde. A lei em questão tem diversos desdobramentos positivos possíveis se aplicada com eficácia (Ministério da Saúde, 2004; Delgado, 2002)

Ainda, em 2001, realizou-se a 3ª Conferência em Saúde Mental que delibera, em seu Relatório Final, medidas para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. O Ministério da Saúde publica portarias voltadas à estruturação da rede de atenção específica a estas pessoas.

Desse modo, os Centros de Atenção Psicossocial vêm de encontro com as medidas propostas pela 3ª Conferência de Saúde Mental, pois é um lugar de referência, aos que sofrem de transtornos mentais em que a

gravidade e ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo¹⁴ de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida, que são estruturas¹⁵ intermediárias entre a hospitalização integral e a vida comunitária (Ministério da Saúde, 2004 b).

Com a mesma linha de raciocínio, o Ministério da Saúde afirma ainda que os Centros de Atenção deverão compor uma rede de atenção aos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Estes Centros devem ser organizados para acolher pessoas a qualquer momento do dia e responsabilizar-se pela demanda no âmbito de seu território (Ministério da Saúde, 2004 d).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde considerando a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, as deliberações da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental de dezembro de 2001, o dispositivo na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 1/2001 e a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS n° 224, de 29 de Janeiro de 1992, estabelece por meio da Portaria GM/MS n° 336, de 19

¹⁴ Dispositivo entendido como uma montagem de elementos, os mais diversos, que se caracteriza por seu modo de funcionamento, sempre pronto à invenção de acontecimentos novos e capaz de promover transformações (Baremlitt GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996).

¹⁵ Estruturas entendidas como a disposição dos elementos ou partes de um todo e como esses elementos ou partes se relacionam entre si e, assim, vão determinar o funcionamento do todo, ou seja, como um sistema de relações abstratas que forma um todo coerente, que subjaz à variedade e variabilidade dos fenômenos empíricos, e é tomado como atributo interno da realidade, constituindo, por isso, objeto privilegiado da análise (Baremlitt GF. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996).

de Fevereiro de 2002, que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III. Na modalidade CAPS II, encontra-se o CAPS ad II, serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Já a Portaria SAS/MS n° 189, de 20 de março de 2002, regulamenta a Portaria GM/MS n° 336, criando no âmbito do Sistema Único de Saúde os “serviços de atenção psicossocial para o desenvolvimento de atividades de saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e ou dependência de álcool e outras drogas” (Ministério da Saúde, 2004).

Pela necessidade de definição de estratégias específicas de enfrentamento, que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos levou o Ministério da Saúde a constituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos usuários de álcool e outras drogas, via Portaria GM/MS n° 816, de 30 de abril de 2002, mediante a consideração da multiplicidade de níveis das redes assistenciais localizadas nos Estados e Distrito Federal, da diversidade das características populacionais existentes no país e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e ou dependência de álcool e outras drogas. O Ministério da Saúde propõe a criação de 250 Centros de Atenção

Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad II “dispositivo assistencial de comprovada resolutividade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e a abrangência, possíveis e necessárias, a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde” (Ministério da Saúde, 2004).

O Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas considera a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social de seus usuários. Considera, também, que a atenção psicossocial aos pacientes com dependência e ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve basear em uma rede de dispositivos comunitários integrados ao meio cultural, articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2004).

Como estratégia de intervenção, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad II têm a finalidade de “*oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade*”.

Nesse sentido, toma como bases operacionais alguns princípios, a saber: “*a intersetorialidade, atenção integral, promoção e proteção à*

saúde de consumidores de álcool e outras drogas e as redes assistenciais”, além de oferecer atendimento diário, sendo capazes de atendimento nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua (Ministério da Saúde, 2004).

Assim, em todo o país, vem sendo implementados, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II como estratégia de reestruturação da atenção à saúde, que se propõem a cuidar das pessoas que possuem transtornos mentais e comportamentais em razão do consumo de álcool e outras drogas, sendo o Centro de Referência de Álcool Tabaco e Outras Drogas – CRATOD um dos que se propõe a seguir a esta proposta.

Na concepção dos profissionais deste estudo, um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II favorece o atendimento, como um lugar de tratamento para pacientes dependentes de álcool, tabaco e outras drogas, como podemos verificar nas seguintes falas:

“O nível dele seria para atender dependentes graves de álcool, drogas e tabaco” (D2. 3)

“Núcleo de tratamento de transtornos decorrentes ao uso de álcool, tabaco e outras drogas” (D3. 2)

“Assiste os dependentes que usam álcool tabaco e outras drogas. Até mesmo os benzodiazepínicos ou qualquer outro tipo de drogas inalantes” (D9. 1)

“É um projeto que a gente trabalha com a compulsão” (D6.3)

O projeto é voltado para atender aos pacientes que consomem álcool, tabaco, benzodiazepínico e qualquer outro tipo de substância que cause compulsão¹⁶ para o uso. O programa vem de encontro com a necessidade dos usuários, visto que já é sabido que muitos fazem uso de mais de um tipo de droga.

Na concepção dos profissionais, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II propõe-se a tratar do uso inadequado do consumo de álcool e outras drogas, promovendo a prevenção e o tratamento, como vemos:

“Promoção, prevenção e tratamento de transtornos decorrentes do uso de álcool, tabaco e outras drogas” (D3. 1)

“Visando a diminuição do risco do uso inadequado das substâncias psicoativas” (D5. 1)

“É um projeto que está no início, então, nós não temos ainda o suporte técnico aqui dentro, pra abranger da forma que eu acho que a comunidade gostaria” (D9. 5)

¹⁶ Compulsão entendida como a tendência à repetição de forma patológica. Disponível em: (www.einstein.br/alcooledrogas). Acesso em 19 de maio de 2005.

A proposta assistencial do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II é trabalhar com a comunidade, trabalhando com a comunidade é necessário um diagnóstico local para que as ações preventivas sejam adequadas.

Para o Ministério da Saúde (2004), um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas - CAPS ad II tem como objetivo oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas. Assim, nos fala:

“A gente vai ver o paciente, como um todo dentro das suas necessidades, sejam elas psicológica, biológica, social, ambiental” (D1. 2)

Desta maneira, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II busca prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados; garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitam de cuidados; oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando para tanto recursos intersetoriais, ou seja,

dos setores, como educação, esporte e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento dos problemas. Trabalhar, com os usuários e familiares, os fatores de proteção para uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceito relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo e educativo (Ministério da Saúde, 2004a).

Na sequência, outro aspecto importante apontado pelos profissionais na concepção de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II é o trabalho com redução de danos:

“Não está voltado só para a abstinência” (D1. 9)

“O que mais fazemos aqui, é redução” (D1. 11)

“Aqui a gente está trabalhando com o conceito de redução de danos, então não se solicita a abstinência total desse paciente” (D2. 9)

“Pelo menos, você está reduzindo é um tempo a mais de vida que você está dando... aos poucos, reduzindo as quantidades, diminuindo o tempo... é positivo” (D1. 13)

A lógica da redução de danos contempla um conjunto de medidas de saúde que busca minimizar as conseqüências do uso e dependência de substâncias psicoativas, bem como diminuir o risco de infecção por hepatites e Vírus da Imunodeficiência Adquirida - HIV. O uso destas

medidas permite que sejam elaborados projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, conseqüentemente, adequados às necessidades de cada usuário dos serviços (Ministério da Saúde, 2004).

O Ministério da Saúde (2004), em sua política de atenção aos usuários, afirma que a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançados, assim, os profissionais vêm buscando alternativas de tratamentos aos usuários de álcool e outras drogas.

Para Jungman, Marchand (2002), a abstinência como ideal médico é um caminho longo e descontínuo, estando, assim, subordinado aos imprevistos e às dificuldades da vida psíquica do sujeito e da condição social; para tanto, a redução de danos sempre deve estar associada a um tratamento global.

Ainda, para os profissionais sujeitos deste estudo, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II, também, é um lugar que promove a inserção social das pessoas que sofrem com os transtornos mentais, sobretudo, os que fazem uso prejudicial do álcool e outras drogas.

Os entrevistados reafirmam, ainda, seu papel terapêutico de inseri-los em seu contexto social; pois, diante de uma sociedade dividida entre dominadores e dominados e estigmatização dos que sofrem com

transtornos mentais, a reinserção deve estar presente no projeto de um Centro de Atenção Psicossocial (Rodrigo, Scóz, 2003):

“Assistência global do paciente, para correção de todas as suas dificuldades e a inserção do trabalho global e a resgatar a cidadania” (D7. 1)

“Inserir pacientes no novo contexto social econômico” (D8. 1)

“Readquirir a sua capacidade do ponto de vista de orientação, atenção, melhorar o humor o relacionamento interpessoal. É, assim, poder se restabelecer” (D8. 2)

Sabidamente, a reforma psiquiátrica pressupõe várias mudanças, dentre elas, a capacidade dos trabalhadores atuarem na comunidade, ajudando os pacientes a desenvolverem habilidades no dia-a-dia da vida comunitária. Concordamos com Colvero, Machado (2001), ao afirmarem que a vida moderna está em constante movimento, parecendo ser *“tudo à sua volta fluido e fugaz”*.

De acordo com o estudo de Silva (2002), as crenças dos usuários de álcool e outras drogas no uso da substância são de ordem “intrapessoais, interpessoais” e outras causas, como problemas sociais e econômicos. Assim como, “condições objetivas de existência”, notamos que tais dificuldades são de enfrentamento da condição existencial. Considerando estas afirmações, as ações assistenciais propostas pelos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II

vêm de encontro com as necessidades dos pacientes visto a dificuldade de enfrentamento da condição existencial de cada usuário.

Consideramos ainda que a saúde é resultante de um conjunto de fatores inter-relacionados em um processo dinâmico, que abarca múltiplas dimensões e que os problemas de saúde, não existem como objetos de intervenção em saúde, por si só, mas são construídos historicamente, a depender do modo de organização social e das concepções predominantes a respeito do processo saúde-doença (Peduzzi, 2001).

Ao deslocar o olhar do indivíduo para a comunidade, os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial CAPS ad II confirmam sua visão multifatorial do processo saúde-doença, visto que se preocupam com o modo das pessoas em se organizar e viver na comunidade, reorganizando, assim, o projeto assistencial proposto:

“O projeto é voltado pra tratamento da dependência e para o resgate da cidadania” (D1. 3)

“Na realidade, é resgatar a cidadania” (D1. 8)

“Temos o objetivo da reabilitação Psicossocial do usuário de álcool e drogas” (D3. 4)

“Projeto do CAPS e a reabilitação psicossocial” (D3. 5)

“Abrir mais o leque de opções pra poderem arranjar um trabalho” (D8. 4)

“É um projeto bem elaborado que tem a atenção psicossocial em todos os níveis” (D9. 3)

“Todas as atividades deles aqui dentro são importantes, e promove a recuperação” (D9. 12)

“O CAPS ele constitui uma unidade extra-hospitalar, o qual tem um conjunto de atividades que visam à reabilitação” (D3. 8).

Estas afirmações mostram que vem acontecendo uma mudança no projeto assistencial aos pacientes com transtornos mentais em razão do consumo de álcool e outras drogas, buscando garantir seu espaço na sociedade, sendo a atuação terapêutica deslocada à comunidade e ao contexto social. De acordo com os depoimentos, este é um trabalho ainda em construção, devendo envolver todos os profissionais.

Assim, acreditamos que a reinserção na comunidade é um processo lento e gradual, devendo cada ação ser planejada, avaliada e reorganizada constantemente.

Um dos pontos fundamentais para a recuperação dos dependentes de álcool e outras drogas está na mudança do estilo de vida e o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II inserido na comunidade será, portanto, um ponto de referência aos pacientes.

Na concepção dos entrevistados, o projeto assistencial visa ao resgate da cidadania, concordando com Amarante (1999) ao afirmar que desinstitucionalização vai além da humanização das instituições, visto que

seu objetivo é construir “um lugar social”, onde se privilegie a solidariedade, a inclusão e a cidadania, apesar das diferenças.

Para Ferreira, Luís (2004), na concepção de Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II um outro aspecto importante e difícil é a organização de uma equipe por causa do número reduzido de profissionais na área.

Mesmo com um número reduzido de integrantes envolvidos na assistência de um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas - CAPS ad II, conhecemos de antemão que, para atenção integral da saúde, a maneira de organizar o serviço deve ser constantemente revista, e o trabalho em equipe ponto primordial.

Não se constrói um trabalho efetivo ao dependente de álcool e outras drogas, se não houver a participação de uma equipe que tenha esse processo como objeto comum, além de considerar o problema como multifatorial.

Segundo os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPS ad II, o trabalho em equipe é apontado como fundamental para desenvolver a assistência:

“Tenta envolver todos os funcionários nessas atividades...”
(D2. 11)

“O trabalho é multidisciplinar” (D3. 5)

Peduzzi (2001) enfoca o trabalho multiprofissional em saúde como estratégia para compensar a especialização e recompor, em uma assistência integral seria por meio das “relações recíprocas entre as múltiplas intervenções” dos profissionais.

Ainda na concepção dos profissionais do CAPS ad II, o trabalho está caminhando para a transdisciplinaridade:

“Trabalho multidisciplinar onde estamos caminhando para uma transdisciplinaridade” (D1. 1)

Considerando as condições de vida que ora apresentam alguns dependentes, de extrema exclusão social como apontado por (Silva, 2002), pois estes têm sobre si a visão de senso comum, que responsabiliza o usuário, reforçando a marginalização e sentindo-se marginalizado. O trabalho interdisciplinar constitui-se como ponto fundamental.

A interdisciplinaridade é importante para superar “visões fragmentadas, muitas vezes, impostas pela formação profissional reducionista” (Spiri, 2001), concordamos com a autora lembrando que devemos estar comprometidos com os atos cuidadores da saúde.

Na seqüência, salientamos que inovações propostas na assistência devem garantir recursos humanos para atuar nesses novos espaços, bem como realizar pesquisas científicas que comprovem a validação de

nossas ações. Por se tratar de novos serviços na área de dependência de álcool e outras drogas, não existem outros modelos para se basear. Ferreira, Aguiar (2004) afirmam que as facilidades no trabalho são percebidas pelos profissionais no decorrer do trabalho:

“Está, neste processo de formação e discussão, trabalhar a psicodinâmica da dependência” (D1. 4)

“Assim, é um trabalho que está engatinhando” (D1. 7)

“Estamos começando, é uma coisa que está andando” (D9. 4)

Notamos que estamos em tempo de reconstrução de saberes e as práticas assistenciais sejam repensadas quase que, diariamente, tendo em vista praticá-la em uma perspectiva humanística, criativa, reflexiva, imaginativa, não apenas baseada em diagnóstico (Oliveira, Fortunato, 2003).

De acordo com Peduzzi (2001), a dialética entre as necessidades de saúde e a forma com que os serviços são organizados, confirma o potencial de mudança na assistência.

Nos depoimentos, notamos que os profissionais organizam seu dia-a-dia de trabalho, de acordo com as necessidades apresentadas em seu realizar:

“Nós estamos, muitas vezes, levantando o que precisamos” (D2. 5)

“Existe uma série de aspectos que ainda estamos resolvendo” (D2. 6)

“É um projeto que está no início” (D9. 5)

Para Vasconcelos (1995), a implementação dos projetos vem encontrando uma série de dificuldades, entre eles, a inexistência de modelos teóricos adequados à realidade brasileira. O autor aponta a necessidade de avaliar os serviços, a fim de propiciar parâmetros normativos para o setor.

Os depoimentos apontam que este tipo de trabalho realizado está em formação, corroborando com Vasconcelos (1995), cujos projetos apresentam dificuldades em razão inexistência de modelos a seguir.

Ciampone (2000) relembra que devemos admitir uma dinâmica explícita ou implícita estabelecida entre o produtor e o consumidor dos atos, aqui considerada a assistência que se traduz na prática por diversos fatores.

Segundo a autora, o modelo assistencial é um desses fatores que, em última instância, define a forma como se dará essa relação, para a própria vivência/experiência subjetiva dos sujeitos envolvidos na relação, que definem atitudes que nortearão, qualitativamente, as condutas concretas de um e de outro.

Os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas - CAPS ad II vêm buscando essa assistência transformadora, apontada pelos profissionais que a busca ocorre no dia-a-dia da assistência.

Um outro aspecto destacado pelos profissionais na concepção de Centro de Atenção Psicossocial - CAPS ad II, sobretudo, é a formação profissional dos trabalhadores e futuros trabalhadores, pois a instituição estimula e favorece o desenvolvimento técnico-científico da equipe para oferecer assistência, a fim de maximizar o potencial dos usuários do serviço.

“A gente está querendo é desenvolver tecnologias, novas práticas. Capacitar recursos humanos pra lidar nesta área” (D3. 7)

“É desenvolver ciência e capacitar outras pessoas” (D6. 2)

“Tentamos dar essa formação pro funcionário do albergue, pra ele entender melhor a dependência química” (D9. 6)

Concordamos com Ciampone (2000) ao afirmar que o direcionamento da produção e da gestão do conhecimento em saúde, não é neutro nem se pauta apenas na dimensão técnica do modelo assistencial adotado, mas, sobretudo, na dimensão do projeto ético-político, ao qual os sujeitos produtores/gestores do conhecimento estão ligados e que se traduzem na produção de atos cuidadores e em formas de ação-interação específicas.

Assim sendo, notamos que os profissionais estão inseridos na prática para mudar a assistência oferecida aos usuários do serviço por

meio de uma visão ampliada dos problemas decorrentes do uso do álcool e outras drogas:

“É um campo que precisamos formar pessoas desde quem trabalha na porta de entrada, porteiro até a especialização. Acho que todos precisam dessa formação” (D1. 5)

“Esse aspecto característico do CRATOD que é o ensino” (D4. 2)

“Procuramos desenvolver a capacitação de pessoas” (D6. 1)

Dentro dessa nova prática, precisamos de conhecimento criativo e reflexivo que habilitem os profissionais a fazer intervenções, dialogando sempre com a teoria e a prática, construindo, então, novos caminhos para a assistência aos pacientes dependentes de álcool e outras drogas.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), a capacitação de Recursos Humanos deve ser permanente e aberta a todos os profissionais, inclusive os de nível técnico abrangendo outras unidades de assistência como, por exemplo, os Programas de Saúde da Família.

Outro aspecto, ainda, apontado é a educação da população em geral, ponto fundamental para reduzir obstáculos relativos ao tratamento e à atenção.

Percebemos que os profissionais procuram garantir a continuidade desta prática assistencial, formando novos profissionais repassando os valores éticos e profissionais desta visão ampliada da assistência.

3.CATEGORIA II

3.1. AÇÕES ASSISTENCIAIS AOS PACIENTES COM TRANSTORNOS MENTAIS DECORRENTES DE USO PREJUDICIAL E OU DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

A assistência define as ações desenvolvidas pelos profissionais que podem ser analisadas nas formas de atendimento e programa de tratamento oferecido aos usuários no que se refere ao objeto da instituição.

As representações que os profissionais têm sobre a proposta de atendimento e tratamento prestado na Instituição, são centradas na necessidade dos usuários, buscando uma assistência holística e integral. A ênfase do tratamento está pautada na desinstitucionalização que se caracteriza pelo modelo psicossocial¹⁷. Esta assistência requer uma reflexão sobre a forma de organização dos serviços, saberes e práticas de saúde a fim de transformar sua relação com aqueles que se propõem a atender.

¹⁷ A concepção psicossocial, neste estudo, se caracteriza segundo Saraceno, Asioli, Tognoni (1997), por atitudes de participação e integração, bem como por elementos fundamentais de ultrapassar a organização exclusivamente médica do trabalho e da atenção; de racionalizar a distribuição do trabalho na equipe em delegar e ultrapassar a rigidez dos papéis; de racionalizar o emprego do tempo, mais tempo para a atenção e menos tempo para a burocracia; de manter a continuidade terapêutica; de utilizar todas as medidas terapêuticas, não somente os psicofármacos como também o manejo psicoterapêutico, a intervenção no meio; de envolver o trabalho da equipe em toda a vida social e de relação do paciente e de manter um registro de dados essenciais sobre as atividades do serviço. – Saraceno B. Asioli F. Tognoni G. Manual de saúde mental. São Paulo: Hucitec; 1997.

Os Centros de Atenção Psicossocial têm como bases operacionais a implementação da Atenção Integral à Saúde, mediante um sistema de rede de atenção em saúde mental comunitária, de forma descentralizada, regionalizada, integrada com atendimento em equipe interdisciplinar com a participação familiar e comunitária.

Até aqui, apontamos a necessidade de uma assistência integral voltada à demanda dos que buscam tratamento, não fazendo uma homogeneização na abordagem do problema. Estes depoimentos confirmam essas buscas:

“Ele é avaliado aonde ele tem mais necessidade e que tipo de intervenção que ele vai ter” (D6. 3)

“A equipe que está ali tem que fazer essa leitura do que eles estão realmente buscando” (D1.33)

“Não adianta fazer um projeto alheio à vontade dele” (D3.17)

“Vai depender muito da situação em que o paciente chegou aqui” (D6. 4) (refere-se ao projeto terapêutico).

“A gente procura estar avaliando a situação completa dele” (D3. 15)

Neste contexto, de produção de novas práticas assistenciais em saúde, no qual é considerada a individualização do sujeito, rompemos com o modelo clínico racionalista para transformações dos serviços e práticas existentes centradas na necessidade da população. Nos

depoimentos, são reforçadas as idéias de que não apenas o modelo médico, como também o medicamentoso são valorizados para o tratamento.

*"A gente não trabalha só a questão pontual
médico e remédio" (D3.16)*

*"É importante participar de tudo... Não só da consulta
médica". (D9.23)*

Para Rotelli, Leonardis, Mauri (2001), os técnicos da saúde seriam os principais atores para efetivação da mudança, se eles exercitassem ativamente seu papel terapêutico, assim outros atores institucionais ou não institucionais, pacientes, administradores, políticos, comunidades seriam chamados à responsabilidade e às mudanças.

Cabe ressaltar que o Sistema Único de Saúde para sua organização aponta algumas diretrizes fundamentais, sendo aqui ressaltada a integralidade das ações, corroborando com a mudança das ações na assistência aos usuários de álcool e outras drogas, buscando desenvolver ações interdisciplinares.

Aqui Integralidade é entendida, conforme Silva, Pinheiro, Machado (2004), como o processo de construção social, tendo na inovação institucional grande potencial de realização, possibilitando invenção de uma nova institucionalidade e experimentos que podem conferir maior

horizontalidade às relações dos participantes, gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde.

“A gente não atende o paciente cada um no seu... na sua formação, mas a gente discute o paciente como um todo” (D1.1)

“Eu escutei o paciente com o psiquiatra; eu escuto o paciente individualmente; eu volto a discutir o paciente com o psiquiatra, com a assistente social para que chegarmos no consenso da necessidade do paciente” (D1.2)

No sentido de contribuir para construção de conceitos e estratégias assistenciais mais ricas e eficazes do enfrentamento de problemas de saúde, levando em consideração a autonomia dos sujeitos e seus modos de levar a vida, defendemos uma reforma baseada na integralidade das ações.

“A gente mais trabalha com eles a questão da autonomia” (D3. 10)

Concordamos com Lima (2002) que as ações transformadoras não ocorrem de maneira ingênua e não são de responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde, mas existem outros condicionantes, “sejam eles políticos, econômicos ou sócio-culturais, como a estruturação da rede de serviços (eficácia e eficiência), disponibilidade de recursos financeiros, humanos e materiais...”.

Percebemos que os profissionais de saúde estão envolvidos em suas ações, buscando a superação dos modelos, até então, conhecidos para tratar dos dependentes de álcool e outras drogas, “*criando possibilidades de criação de espaços de produção de vida*” (Lima, 2002).

De acordo com os profissionais, percebemos que estão preocupados em atender aos pacientes em suas necessidades individuais, trabalhando com eles sua autonomia.

Segundo os profissionais, a grande maioria dos usuários do serviço é pessoa em situação de rua, o que justifica ainda mais uma assistência ampla voltada ao resgate da autonomia.

Para uma abordagem eficiente e complexa da saúde, buscando uma efetiva transformação na prática e na assistência, novas estratégias têm sido incorporadas. A intersetorialidade apresenta-se como uma estratégia de soluções aos problemas do campo de práticas sociais (Almeida Filho, 2000).

“Saúde, a gente só não provê na instituição de saúde, a gente provê de uma forma global” (D3.11)

Por meio deste depoimento, fica mais clara a definição da intersetorialidade visto que a saúde é compreendida, como resultante de um conjunto de fatores individuais e coletivos inter-relacionados em um processo dinâmico, que abarca múltiplas dimensões: social, econômica,

política, cultural, ética, psicológica, laboral, biológica e ambiental (Peduzzi, 2001).

Desta forma, precisamos progressivamente trabalhar com as redes em cada contexto social, econômico, cultural e laboral, enfrentando os desafios de atenção e prevenção. Para tanto, se faz necessário uma aproximação com as outras políticas sociais, criando parcerias, ampliando investimentos, ou seja, investir na intersectorialidade (Delgado, 2002).

Para chegarmos à assistência do resgate à cidadania, os meios utilizados por nossos entrevistados, considerando a necessidade dos pacientes, ocorrem com o acolhimento, consultas individuais, grupos, oficinas e educação da população.

Geralmente os pacientes dependentes de álcool e outras drogas são pessoas discriminadas pela sociedade e muitas vezes até mesmo nos locais por onde buscam o tratamento o que ocasiona dificuldades na sua procura.

Ao criar os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas - CAPS ad II o Ministério da Saúde reconhece tal exclusão e dificuldade no atendimento desta demanda populacional.

Os Centros de Atenção Psicossocial criados dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) colocam em prática os princípios constitucionais da universalidade e integralidade das ações, articuladas

com a equidade, sobretudo, no acesso aos serviços de saúde criando possibilidades de responder às demandas dos que procuram o atendimento, garantindo a oportunidade de acesso à saúde dos dependentes de álcool e outras drogas e implementando mudanças na organização de seus serviços.

Por ser criado dentro do contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) resultado de um movimento social por uma sociedade menos desigual combatendo os problemas de acesso às ações de saúde, os Centros de Atenção Psicossocial buscam novas formas de organização dos serviços para contemplar essa demanda da população (Carneiro, Silveiro, 2003).

Neste sentido, a inclusão social e o acesso universal são almejados para garantir as várias dimensões do processo saúde-doença; o qual visa que a ação de saúde não seja pontual, mas que “sirva de instrumento de resgate do valor da vida e da saúde, da cidadania, da dignidade humana e do centro afetivo-intelectual do indivíduo” (Carneiro, Silveiro, 2003).

O Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II recorre ao acolhimento para aqueles que o procuram a fim de solucionar seus problemas de saúde evitando a peregrinação para outros serviços à procura de solução de suas demandas atuais. Para receber os

pacientes no Centro de Atenção Psicossocial foi proposto o acolhimento que permeia todos os demais atendimentos.

Entendemos como acolhimento àquela expressa por Franco, Bueno, Merhy :

“O acolhimento propõe que o serviço de saúde seja organizado de forma usuário centrada, partindo dos seguintes princípios: (1) atender todas as pessoas que o procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (2) reorganizar o processo de trabalho a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento - que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde, e (3) qualificar a relação trabalhador-usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania” (Franco, Bueno, Merhy, 1999, p.57).

O acolhimento também pode ser entendido na forma de organização do serviço para receber os pacientes; tais como: implantar salas acolhedoras; criação de jornais informativos; implantação de oficinas com atividades corporais o qual participam funcionários e população; criação de bibliotecas; iniciativas locais por meio de oficinas dirigidas aos funcionários – cuidando de quem cuida; retirada de vidros de recepções e balcões; uso de crachás de identificação para funcionários;

sinalização para melhor orientação dos usuários; caixa de sugestões (Secretaria Municipal da Saúde, 2002).

Os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II recebem os pacientes no grupo de acolhimento como podemos observar nas falas a seguir:

“A gente faz a abordagem no grupo depois a abordagem individual” (D1. 38)

“Os pacientes entram através do acolhimento” (D8.1)

O acolhimento se dá com base na demanda espontânea e referenciada dos que procuram o serviço, é realizado em grupo por diferentes profissionais que estão disponíveis para realizar a escuta dos pacientes:

“Você recebe demandas dos pacientes, encaminhamentos de outros profissionais; eles vem à procura de orientação” (D2.35)

“O acolhimento geralmente é feito pela equipe; o usuário é recebido pela equipe que está naquele dia escalado pra isso. É feito uma avaliação inicial da procura dele. Ele tem que ter uma demanda pra trabalhar” (D3. 13)

“Acolhimento à equipe nossa é: assistente social, enfermeira, um auxiliar de enfermagem, médico clínico do horário e o psiquiatra. A gente atende quatro pacientes que é o tanto que consideramos suportável para tocarmos o acolhimento” (D4. 18)

*“A gente procura no acolhimento está um de cada área”
(D6. 9)*

*“A primeira vez ele vai ser acolhido tem uma equipe
para acolhimento” (D7. 21)*

A forma de organizar o serviço de saúde no qual os pacientes são recebidos por uma equipe multidisciplinar, muda e amplia o eixo de atenção exclusivamente do médico para os demais profissionais, redefinindo as relações profissionais com os pacientes, familiares e comunidade o qual favorece a assistência proposta pelas práticas psicossociais e desinstitucionalizantes.

A maioria dos usuários que fazem uso do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II são pessoas em situação de rua, portanto um grupo de exclusão social, característica marcante das regiões centrais metropolitanas o que reforça o atendimento em equipe multiprofissional levando-se em consideração as práticas psicossociais (Carneiro, Silvério, 2003).

Estando disponíveis para receber os pacientes, algumas barreiras podem ser eliminadas ou diminuídas na procura do tratamento, estes serão escutados com respeito e dignidade, sentirão acolhidos, o que poderá gerar um vínculo terapêutico para os demais atendimentos, além de obter informações sobre o problema atual de sua saúde, conforme podemos verificar nas falas a seguir:

“Neste acolhimento a gente faz uma abordagem de identificação, pra que veio, explica o que significa o CRATOD como funciona, qual a filosofia do trabalho” (D1. 21)

“A gente toca o grupo inicialmente aproveitando o que é o Cratod pra eles em seguida dando a palavra pra eles dizerem o que eles vieram viver” (D4. 19)

“A gente dirige as perguntas alguns pontos que por acaso deixaram se ser respondidas que são importantes durante o grupo” (D4. 20)

A interação entre os componentes do grupo deve ser significativa, pois é o início do tratamento, no acolhimento à escuta ao paciente é de extrema importância para uma adequada intervenção posterior. Verificamos neste depoimento, que no acolhimento a equipe procura conhecer os problemas que trouxeram os pacientes ao tratamento:

“A equipe reúne com os pacientes, identifica o momento em que ele está, verifica o que ele precisa, que tipo de droga ele usa. O que ele apresenta, se tem co-morbidades, se não tem” (D9. 30)

O contato inicial com os pacientes é de extrema importância devido à resistência que alguns possuem em reconhecer seus problemas e retornarem na próxima consulta (Griffits, Marshall, Cook, 1999).

Após o acolhimento a equipe marca uma consulta individual com cada paciente, a fim de conhecer mais sua história de vida; conforme observamos nestes depoimentos:

“No mínimo – a gente não pode deixar o paciente ir embora sem ter marcado: grupo terapêutico, psiquiatra, clínico geral e uma oficina terapêutica” (D1. 36)

“No primeiro atendimento pelo menos 03 profissionais já ficam traçados” (D1. 35)

Na relação de proximidade entre os pacientes e os profissionais alguns ficam responsáveis em acompanhá-los realizando possíveis intervenções no plano terapêutico dos pacientes, essa forma de atendimento fortalece a formação de vínculos o qual é uma potente transformadora da prática em saúde (Rollo, 1997):

“Normalmente eles são acolhidos por um grupo de profissionais, deste grupo de profissionais alguns ficam acompanhando eles duas três semanas pra ver se eles estão aderindo às atividades propostas ou se ele está se ajustando; será aquilo mesmo” (D4.15)

Os Centros de Atenção de Psicossocial devem ser organizados para acolher pessoas a qualquer hora do dia, porém como já apontamos anteriormente, uma das dificuldades em se montar esses serviços diz respeito à equipe, que em muitas vezes o quadro profissional não está totalmente completo, dificultando alguns pressupostos desses serviços. No Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II a equipe de acolhimento não está disponível durante todo o período para atender aos pacientes, o que representa para os sujeitos, deste estudo, uma futura superação:

“Primeiro ele passa pelo acolhimento que é a porta de entrada do paciente. A gente faz o acolhimento de manhã e à tarde” (D1. 20)

“Ai aqui você tem um sistema... Você às vezes não consegue acolher na hora” (D2. 17)

“Equipe do acolhimento está disponível para o acolhimento durante muito pouco tempo” (D9. 37)

Estes pacientes, geralmente, são ambivalentes quanto a procurar o tratamento, e a equipe de atendimento não está disponível durante todo o tempo, isto dificulta, em muito, a decisão do paciente. Devemos aproveitar o momento de sua decisão para engajá-lo no processo terapêutico.

A equipe do acolhimento não é fixa, circula por todo o atendimento sendo um ponto importante para o paciente que pode identificar que os profissionais conhecem toda a sua trajetória de recuperação, por outro lado não está disponível todo o tempo para o acolher os novos:

“A gente que faz grupo terapêutico e grupo de acolhimento, só muda o tipo de atuação” (D1. 39)

“Um horário eu estou no acolhimento, outro momento na observação, outro no grupo terapêutico. Isso é importante ao paciente para ele perceber que o tratamento dele tem essas variáveis” (D1. 40)

Reforçamos que no Centro de Atenção Psicossocial o acolhimento deve ser realizado durante todo o período em que ele se encontre aberto

aos seus usuários, devido a pouca motivação dos pacientes em procurar o tratamento.

Embora o ato de acolhimento seja um primeiro contato do paciente com o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II, é o ponto inicial para os demais atendimentos e a elaboração do projeto terapêutico. Conforme verificamos nas seguintes falas dos profissionais:

“Depois deste acolhimento você tem uma avaliação do paciente, aí então já se faz o que se chama de projeto terapêutico dele” (D2. 29)

“Quando você faz acolhimento você faz uma entrevista, uma entrevista que tem uma serie de dados pra essa pessoa. Se você fez o acolhimento ou você faz no mesmo dia ou você marca pra fazer” (D2. 36)

“A gente acolhe explica o serviço no grupo, depois nos dividimos, fazemos uma entrevista inicial” (D6. 10)

No primeiro atendimento o profissional procura entrar em contato com a descrição de do paciente por meio de entrevista a fim de conhecer sua história pregressa e de ingestão de drogas, retirando dados relevantes de seu consumo atual e informação necessária sobre doenças prévias com ênfase na identificação de problemas de saúde relacionados ao álcool e outras drogas:

“Nessa entrevista que é a inicial você acolhe mais dados. Você já vai colher dados da família, infância, adolescência, uso que ele faz de drogas, se tem internação. Então é uma entrevista maior” (D2. 37)

Os profissionais demonstram a preocupação de que o paciente seja atendido em consulta a fim de conhecer bem sua história e, em seguida traçar seu projeto terapêutico, conforme os depoimentos abaixo:

“Você tem consultas” (D2. 21)

“Consultas: psiquiátrico, de enfermagem, clínica, consulta com a assistente social” (D1. 23)

“Temos desde de consultas individuais até grupais e oficinas como também tem é a observação”. (D4. 7)

“Consultas: psiquiátrico, de enfermagem, clínica, consulta com a assistente social” (D1. 23)

“Consulta com a enfermagem, consulta com o psicólogo” (D9. 21)

“Esse paciente ele passa em terapia, ele passa em consulta com o clínico, ele passa em consulta com a enfermagem e se necessário à consulta psiquiátrica” (D9. 42)

Embora, o pressuposto seja que todos os pacientes sejam atendidos em consulta de enfermagem, isto não garante que todos o façam, devido ao número reduzido de profissionais para uma grande demanda de pacientes:

“Nós fazemos o possível para que eles façam a consulta de enfermagem, mas não são todos” (D9. 27)

Como já citamos, anteriormente, este é um momento ideal, pois a partir dele o projeto terapêutico do paciente é realizado criando possíveis vínculos com o paciente. Também no momento das consultas deve haver uma avaliação total do paciente, a fim de elaborar outras intervenções, notamos que os profissionais nos apontam estas necessidades:

“Na anamnese verificar outros dados que estavam colaborando pra doença do paciente” (D7. 3)

“A ter várias avaliações, psiquiatra, médica, psicológica da enfermagem” (D8. 2)

Após a consulta é realizado o projeto terapêutico individual dos pacientes que, geralmente, se divide em grupos e oficinas para os pacientes, o usuário também tem retorno agendado com o profissional que realizou seu programa de tratamento.

“No primeiro atendimento a gente traça quais são os profissionais que irão estar atendendo... A gente coloca como porta de entrada o intensivo... Setor onde o paciente fica na observação, mas ele já tem uma equipe que está responsável por ele...” (D1.34)

“No individual, faz o encaminhamento para as equipes de atendimento” (D1. 22)

O acolhimento dos pacientes, o projeto terapêutico e as demais ações assistenciais são realizadas conforme podemos verificar no decorrer de nosso estudo.

Historicamente, os indivíduos eram encaminhados aos programas de tratamentos mais intensivos, isto é, em regime de internação. Acreditava-se que todos os pacientes beneficiar-se-iam com esta abordagem. Com o tempo e as mudanças operacionais no sistema de atendimento à saúde, estas formas de encaminhamento e atendimento foram sendo transformadas.

Já fizemos um recorte na história da Psiquiatria no Brasil e sua relação com os cuidados oferecidos àqueles que possuem problemas com álcool e outras drogas. Assim, trataremos de alguns aspectos encontrados na literatura sobre a individualização do tratamento, pois este é um dos critérios da Legislação em Saúde Mental, quando na elaboração dos “Centros de Atenção Psicossocial” – CAPS, neste caso os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II.

De acordo com o Ministério da Saúde, na Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, os pacientes dependentes de álcool e outras drogas podem receber atendimento em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Assim, atendimento intensivo é aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitam de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento

destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no serviço; não intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor (Ministério da Saúde, 2004d).

Os critérios dos atendimentos são oferecidos, porém, não se tem claro quais são os pacientes que deverão ser inseridos em cada nível de assistência, podendo causar, muitas vezes, divergências entre os serviços e sua organização interna.

Para conhecermos os critérios já estudados, faremos um recorte na literatura, pois na individualização do tratamento é necessário o encaminhamento dos pacientes aos diversos níveis de assistência.

Duas abordagens conceituais são conhecidas, quando se trata da individualização do tratamento: a individualização para as diversas modalidades terapêuticas e a individualização para contextos e níveis de assistência. Levando em consideração as modalidades terapêuticas variáveis clínicas, são considerados e relevados alguns fatores, tais como: demográficos – sexo, idade, característica específica da dependência; característica interpessoal, que diz respeito à estrutura social do paciente, se existem ou não doenças psiquiátricas associadas, entre outras. O *nível de assistência* trata da intensidade do tratamento, em que são considerados os ambientes de tratamento (Griffith, Marshall, Cook, 1999).

Os níveis de assistência divididos em ambiente de tratamentos, que hoje conhecemos, estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3: Níveis de ambiente de tratamentos.

Ambiente de Tratamento
<ul style="list-style-type: none">• Rede primária de atendimento à saúde• Unidade Comunitária de álcool e drogas• Unidade Ambulatorial especializada• Comunidades Terapêuticas• Grupos de auto-ajuda• Hospitais Gerais• Moradia Assistida• Hospitais Psiquiátricos• Sistema Judiciário• Serviços de aconselhamento na comunidade (escolas, empresas, albergues, presídios)

Fonte: Griffith, Marshall, Cook (1999).

Neste sentido, há necessidade de se criar uma política diversificada e flexível, visando a contemplar os pacientes de forma individualizada, atingindo, pelo menos, uma fração de seus problemas. Ao organizar a assistência, esta deverá descrever um continuum, eliminando possíveis barreiras na procura do tratamento pelos pacientes, que poderão se sentir acolhidos na demanda de seus problemas; minimizando em muito o agravo de sua saúde (Ribeiro, 2004).

De acordo com os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II o nível de atendimento ocorre em

três momentos: intensivo; semi - intensivo e não intensivo, como nos depoimentos a seguir:

*“O paciente ele pode ficar em Três Momentos: **Momento do Intensivo** – aonde o paciente vem todo os dias; **Momento Semi-intensivo** – aonde ele vem dentro de uma programação já previamente estabelecida por uma equipe que o atende... É o tratamento **Ambulatorial** – aonde seu retorno é mais espaçoso... vem a cada quinze dias, um dia pra consulta, outro dia pra grupo terapêutico” (D1. 7) (grifo nosso).*

*“A gente tem três modalidades de atenção - **a modalidade Intensiva; Semi-Intensivo e o Não intensivo... Intensivo** - os usuários em uma situação de síndrome de abstinência no uso agudo da substâncias. São pessoas que, pela gravidade do transtorno, têm que vir freqüentemente... Ao longo da semana, enquanto persistir a gravidade dos sintomas. **Semi-Intensivo** - são pessoas que precisam vir freqüentemente, mas não com tanta intensidade... Assim mesmo ele participa de um conjunto de atividades... **Não intensivo** - que é a pessoa que vem no máximo até seis vezes por mês... São pessoas, o qual já estão sendo trabalhadas as altas” (D3.5) (grifo nosso).*

*“Parte assistencial tem várias frentes, então, tem a parte do CAPS que é aquela questão do **Intensivo, Semi-intensivo, Não intensivo**” (D4. 1)” (grifo nosso).*

Conforme observamos, os níveis de assistência são considerados pelos profissionais, quando encaminham os pacientes para tratamento. A seguir, veremos alguns critérios utilizados para encaminhar os pacientes ao nível de assistência Intensiva.

“Se ele está muito intoxicado vai para a desintoxicação, aí ele vem todos os dias... Esse Intensivo é uma coisa dele vir diariamente, aí então, ele passa pelo médico que está de plantão, tanto clínico como psiquiatra, é dada medicação pra ele. A enfermagem acompanha tudo” (D2. 30).

Percebemos que um dos critérios para encaminhar ao Intensivo leva em consideração a intoxicação e a Síndrome de Abstinência do Álcool – SAA.

“No início que chamamos de Intensivo... no trabalho de desintoxicação;... mais atividades; maior número de consultas... conforme... vai ficando... abstinente;... iria para o Semi-intensivo” (D2. 6)

Os pacientes recebem cuidados da equipe multidisciplinar, caso estejam intoxicados terão um período de desintoxicação com cuidados médicos e de enfermagem mais intensivos. Estes pacientes recebem cuidados no dia e ao longo dos dias e retornam, mais vezes, ao tratamento.

No intensivo, têm-se os leitos de observação utilizados para desintoxicação. Embora seja apontada a desintoxicação de álcool, nesses leitos, são acolhidos outros pacientes com diferentes consumos de substâncias psicoativas que não somente o álcool.

Desintoxicação é o tratamento que ajuda a controlar os sintomas de abstinência, que pode ser realizado em hospital por vários dias ou

semanas com supervisão médica ou em regime de tratamento ambulatorial (Organização Mundial da Saúde, 2004).

“Dentro do intensivo, a gente tem a observação que é apenas uma parte do programa intensivo” (D4. 6)

“Na observação, eu atendo mais os pacientes que vêm intoxicados” (D7. 12)

Assim, podemos Inferir que o álcool seja o mais citado por ser a droga mais difundida na sociedade. Pessoas que ingerem álcool de forma excessiva, quando diminuem o consumo ou se abstêm completamente podem apresentar um conjunto de sinais e sintomas, denominados Síndrome de Abstinência do Álcool (Organização Mundial da Saúde, 2004).

No Centro de Atenção Psicossocial, os pacientes intoxicados ou em síndrome de abstinência de álcool são atendidos na Observação, conforme notamos nos depoimentos:

“Temos o setor de observação... pra estar acompanhando a desintoxicação os sintomas da abstinência de álcool e drogas” (D3. 6)

“Os da observação são os casos intoxicados” (D7. 13)

“Se ele estiver alcoolizado, se tiver uma pressão alta, ou se ele estiver alcoolizado ou com outros sintomas, sentindo mal etc. Ele não fica no grupo de acolhimento, ele vai para a observação” (D7. 22)

“Observação que é aquele paciente acamado. Até o intensivo que passa aqui em várias atividades e depois o semi- intensivo que ele faz parte de um grupo ou oficina. Algumas atividades pontuais mais haver com aquele paciente; é o não intensivo que são mais consultas ambulatoriais , ou grupais que faz parte do quadro do projeto terapêutico do paciente” (D4.8)

Existem vários graus de abstinência, não havendo sentido uma conduta uniformizada para todos os pacientes, portanto, deve-se estabelecer o grau de gravidade da dependência, visando a propiciar uma adequada intervenção.

Hoje, existem escalas para avaliar a gravidade do problema da síndrome de abstinência do álcool, fornecendo subsídios ao planejamento das intervenções, como também o local mais adequado para tratar dos pacientes.

Em geral, a sintomatologia ocorre entre 24 a 48 horas, após cessar a ingestão da bebida. Existem aqueles que podem desenvolver sintomas e complicações mais graves, levando-os até a morte. Desta forma, uma avaliação inicial e cuidados devem ser realizados para determinar o nível de comprometimento a fim de determinar a intervenção subsequente:

“Na anamnese, verifico outros dados que estavam colaborando pra doença do paciente” (D7.3)

“Exame físico” (D7.1)

“Peço os exames que nada mais é do que um verdadeiro check up” (D7.9)

O atendimento aos pacientes deve ser oferecido dos locais menos intensivo ao mais intensivo. Os cuidados menos intensivos são oferecidos àqueles que estão em Síndrome de Abstinência leve e moderada, sem co-morbidades psiquiátricas ou problemas clínicos, Verificamos como é realizado no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas:

“No início do tratamento, tem muito essa necessidade da vinda diária pra acompanhar toda a abstinência” (D9. 26)

“A observação e vou ver os pacientes que estão na observação e que necessitam de uma observação psiquiatra. Aí eu percorro cada um deles” (D4. 22)

Os pacientes em Síndrome de Abstinência, em geral, com co-morbidades psiquiátricas e clínicas devem ser atendidos em um ambiente com mais estrutura (Organização Mundial da Saúde, 2004):

“Se ele estiver alcoolizado; se tiver uma pressão alta; ou se ele estiver alcoolizado com outros sintomas; sentindo mal... Ele não entra no grupo de acolhimento; ele vai para a observação (D7. 22)”.

Os pacientes com Síndrome de Abstinência Grave, em geral, são encaminhados para tratamento em hospitais gerais para que não tenham sua vida em risco.

Quando na elaboração dos Centros de Atenção Psicossocial, os CAPS devem se constituir em uma porta de entrada da rede de serviços

para atenção à saúde mental, aqui considerando, também, os possíveis problemas clínicos que devem ser encaminhados aos hospitais gerais, entre outros.

Lembramos que os Centro de Atenção Psicossocial foram criados para que sejam um ponto intermediário entre internação e vida comunitária. E, ainda devem resolver a maioria dos problemas dos pacientes, evitando que estes procurem o hospital, por causa de sua especificidade no conhecimento do problema, porém, quando no local do tratamento não houver como solucionar o problema, assim, o hospital de referência da unidade deve ser contatado para transferir o paciente.

Este é um dos pontos importantes quando se trabalha em uma determinada área de abrangência e com a intersectorialidade, considerando os níveis de atenção.

Notamos, também, que nem todos concordam com a assistência que leva em consideração a observação, como podemos verificar no depoimento abaixo:

“Observação; eu acho inútil. Porque ela não tem equipamento básico de vida ou morte” (D5. 11)

A vida do paciente não pode ser colocada em risco, porém como já foi apontado anteriormente, o paciente deve ser avaliado com critérios

científicos já conhecidos, caso verifique a impossibilidade de tratar no local, este deve ser transferido para o hospital.

“Porque se ele tiver em surto, ele vai ser medicado e dá pra manejar o paciente”.(D8. 3)

Por meio dos depoimentos, percebemos que os pacientes permanecem para realizar desintoxicação; geralmente, não precisam apenas desta observação, mas estes podem participar de outras atividades da unidade, desde de que seus sinais e sintomas estejam controlados.

“Dentro do intensivo, a gente tem a observação que isto é apenas uma parte do programa intensivo” (D4. 6)

“Isso não quer dizer que ele vai ficar lá a semana toda. Ele pode ficar no primeiro dia. Amanhã, ele pode ficar bem, ele passa, faz o processo da desintoxicação, vai para as atividades. Sempre quando ele chega” (D7. 24)

Os objetivos imediatos da desintoxicação são prevenir a Síndrome de Abstinência Alcoólica, oferecer cuidados à saúde, em geral, apoio para uma mudança de comportamento para seguir com o tratamento posterior de desintoxicação.

Assim, os pacientes passam na observação e realizam outras atividades; porém, não são citados os critérios para aos demais níveis de assistência, porém estes afirmam que os pacientes, conforme vão melhorando, são encaminhados aos demais níveis de assistência.

“No intensivo, a pessoa ela vai melhorando aos poucos... Ela...tem um período que a situação dela está muito aguda e ela está precisando continência médica e de enfermagem mais ... à medida que ela vai melhorando, vai espaçando as atividades dela.” (D3.8)

“Se ele estiver bem, ele vai para as atividades e já se marcam um retorno” (D7. 18)

Os demais encaminhamentos são realizados, considerando a necessidade dos pacientes, quando na execução do plano terapêutico; conforme podemos observar nos depoimentos a seguir:

“O plano terapêutico é realizado pela equipe” (D1.32)

“O atendimento é feito individual. Faço a consulta de enfermagem um por um desses pacientes” (se referia ao tabaco) (D9.39)

“Nós tentamos facilitar a vinda delas aqui num dia pra que ela participe de todas as atividades” (D9. 25)

Após a desintoxicação, devemos manter a continuidade do tratamento. De acordo com Griffith, Marshall, Cook (1999), alguns princípios orientadores devem ser considerados quando na elaboração e formulação do projeto terapêutico. Os princípios citados são: procurar manter a continuidade do propósito inicial do projeto terapêutico, isto é, deve haver um contrato terapêutico; ouvir as queixas dos pacientes; acompanhar o progresso do paciente, procurar trabalhar a necessidade externa dos pacientes, ou seja; trabalhar o contexto, no qual o paciente está inserido.

Assim, notamos que o projeto terapêutico é elaborado com os pacientes.

“Não tem plano terapêutico. Quem faz o plano terapêutico é o paciente. O paciente não vem aqui fazer parte do plano terapêutico” (D5. 5)

O paciente que passou pelo intensivo e realizou a desintoxicação, continua no intensivo durante três meses, como é permitido pela portaria do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2004d).

Após a desintoxicação, ele vai para o semi-intensivo, que não requer sua vinda diária, mas suas atividades são espaçadas, e sua participação mantém-se na maioria das atividades do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas, conforme notamos nessas narrações:

“Esse paciente, ele passa em terapia, ele passa em consulta com o clínico, ele passa em consulta com a enfermagem e se necessário à consulta psiquiátrica.” (D9.42)

“Todos são vistos pelo médico, tanto pela área clínica, tanto pela psiquiatria. Todos estão ligados a uma atividade assistencial na área de psicoterapia tudo” (D3. 14)

Estes são vistos por toda equipe e mantêm-se em algumas psicoterapias. A duração do tratamento é determinada pelo paciente, pois

de acordo com as necessidades deles este projeto terapêutico poderá se alongar ou diminuir, conforme já citado.

Ao perceber a melhora dos pacientes não devemos abordar diretamente sobre a alta, sobretudo, com aqueles que tiveram muitos problemas iniciais, mas apontarmos os ganhos que estes pacientes obtiveram. Assim, propomos que o espaçamento das sessões seja sutilmente abordado com o paciente.

Para os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II, a questão da alta é um ponto ainda a ser trabalhado, conforme notamos nos depoimentos a seguir:

“Não temos bem específicos os critérios de alta ainda. A gente acha que mais os pacientes se dão às altas do que nós” (D2. 7)

“Tem os que estão melhores que ai teria uma consulta mensal, e os que estão quase em processo de alta” (D8. 8)

Podemos perceber que nem todos os profissionais seguem esta mesma linha de raciocínio, uma vez que alguns estipulam que o programa tem um período de tempo para trabalhar com a dependência do paciente, como nos depoimentos a seguir:

“Se eu não me engano, o programa de tratamento aqui é um ano, pra dependência. O projeto é de um ano, um

ano e pouco; dependendo se tem co-morbidades ou não” (D6. 1)

“Depois de um ano, que o paciente está sem beber, sem usar droga a gente vai pensar em alta.” (D8.10)

Os depoimentos contradizem todo o propósito apontado pela reabilitação psicossocial, pois os pacientes devem ter um ponto de referência para serem atendidos; e o tratamento deve ser dinâmico, espaçando mais seus retornos, como já apontamos anteriormente.

Alguns profissionais apontam que os pacientes devem ser encaminhados à rede primária de saúde, porém, tendo o Centro de Atenção Psicossocial como referência.

“Quando o paciente já tem um ano de abstinência ou até mais e não consegue ficar sem remédio nenhum a gente encaminha ao posto de saúde próximo.” (D8.6)

Outra questão polemica, também, apontada nas falas diz respeito aos benefícios dos pacientes, onde foi sugerida a suspensão dos benefícios que estes pacientes obtiveram durante o período do tratamento.

“Trabalhar com ele a alta. Trabalhar a questão de não ter mais os benefícios que ele tinha, quando ele estava tratando”.(D8.9)

Devemos tratar os pacientes como aqueles que possuem um problema clínico persistente, que requer cuidados permanentes, como estes devem ter acesso aos benefícios, como outra doença qualquer.

Embora o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II, seja um modelo de tratamento atual muitas questões precisam ser resolvidas.

Na seqüência, a ajuda ao dependente de álcool e outras drogas pode ser oferecida numa variedade infinita de ambientes que vai desde o local do consumo, ao ambiente de tratamento. Dentro desta visão ampla, no qual o tratamento pode ser oferecido, a terapia de grupo tem sido, amplamente, utilizada no dia a dia da dos profissionais.

Ciampone (1998) ao estudar os grupos afirma que parece haver um consenso entre os autores de diversas correntes de pensamentos de que a definição de grupo é vaga e imprecisa no senso comum.

Muitos estudos têm sido desenvolvidos para compreender os grupos, pois é uma técnica terapêutica há muito utilizada pelos profissionais, e, sobretudo, no tratamento para dependentes de álcool e outras drogas.

Negrette (1985); Ramos (1997), afirmam que a técnica grupal é a assistência mais, amplamente, empregada no tratamento dos dependentes de álcool e outras drogas.

Os dependentes de álcool e outras drogas têm suas representações sobre o seu consumo, atribuindo significados ao grupo dentro do contexto no qual está inserido. Assim, o primeiro passo ao realizarmos um grupo é conhecer suas representações, neste caso sobre o consumo da droga. Além deste conhecimento, é necessário a compreensão da “dinâmica inconsciente das relações intra e intergrupais existentes no contexto das instituições” Ciampone (1998).

Zimermam (1997) aponta o que é necessário para que se caracterize um grupo: (1) Um grupo não é um mero somatório de indivíduos... 2) Todos os integrantes do grupo estão reunidos...em torno de uma tarefa e de um objetivo comum ao interesse deles; 3) O tamanho de um grupo não pode exceder o limite que ponha em risco a indispensável preservação da comunicação, tanto visual como auditiva e a conceitual; 4) Deve haver a instituição de um enquadre (setting) e o cumprimento das combinações nele feitas... o grupo deve levar em conta a preservação de espaço (os dias e o local das reuniões) de tempo (horários, tempo de duração das reuniões, etc.), e a combinação de algumas regras e outras variáveis que delimitem e normalizem a atividade grupal proposta; 5) O grupo é uma unidade que se comporta como uma totalidade, e vice-versa, de modo que, tão importante quanto o fato de ele se organizar a serviço de seus membros, e também a recíproca disso... 6) Apesar de um grupo se constituir como uma nova entidade, com uma identidade grupal própria e genuína, é também indispensável que fiquem

claramente preservadas, separadamente, as identidades específicas de cada um dos indivíduos componentes do grupo; 7) Em todo grupo coexistem duas forças contraditórias permanentemente em jogo, uma tendente a sua coesão, e a outra, à sua desintegração; 8) A dinâmica grupal de qualquer grupo se processa em dois planos... o da intencionalidade consciente... e o outro... de fatores inconsciente; 9) É inerente a conceituação de grupo a existência entre os seus membros de alguma forma de interação afetiva, a qual costuma assumir as mais variadas e múltiplas formas; 10) Nos grupos sempre vai existir uma hierárquica distribuição de posições de papéis, de distintas modalidades; 11) É inevitável a formação de um campo grupal dinâmico, em que gravitam fantasias, ansiedades, mecanismos defensivos, funções, fenômenos, resistências, transferências, e outros... além de alguns outros fenômenos que são próprios e específicos dos grupos...”.

São inúmeras as aplicações grupais, segundo Ciampone (1998) vão desde de grupo de auto-ajuda, ensino-aprendizagem, terapêutico, institucionais e comunitários. Estes são classificados de acordo com a técnica empregada pelo coordenador, com a finalidade proposta ou com o vínculo estabelecido entre o coordenador e os componentes do grupo.

No campo da dependência existem diversas atividades grupais numa estrutura terapêutica, esses grupos tendem a ser fechados ou abertos. Os abertos os pacientes podem entrar e sair do grupo; os

fechados são grupos de, aproximadamente, 8 a 10 pessoas, selecionados por sua homogeneidade, exemplo: grupos de mulheres.

Os profissionais recorrem à técnica de grupos fechados e abertos ao trabalharem com os mesmos, conforme notamos:

“Grupos fechado que são mais os psicoterapêuticos, né (D4.12)”

“E tem um grupo fechado o qual existe um contrato de começo meio e fim da atividade” (D4.11)

“Os abertos são aqueles grupos que o paciente vêm participa, sem nenhum compromisso, necessariamente, de voltar” (D4. 10)

Os tipos de grupo utilizados aos dependentes de álcool e outras drogas são vários: **grupo educativo** em que os pacientes aprendem sobre a natureza da dependência; **grupo de soluções de problemas** que são abordados temas da realidade atual, ou focalizado nas questões interpessoais e dinâmicas; **grupos de prevenção de recaídas** em que os pacientes compartilham idéias em como manter a abstinência e evitar a recaídas; **grupos de auto-ajuda** exemplo: os Alcoólicos Anônimos – AA (embora o modelo de auto-ajuda exclua o ambiente de tratamento), porém, como já mencionado neste estudo é muito utilizado com os dependentes de álcool (Griffith, Marshall, Cook, 1999):

“São atividades grupais, que tem desde do grupo operativo, o grupo de motivação, o grupo terapêutico

propriamente dito... A gente tem grupos abertos e fechados” (D4.9)

Os profissionais classificam os grupos em primeira e segunda fase, sendo que os de primeira fase são os grupos motivacionais:

“Grupo terapêutico de primeira fase” (D1. 38)

“Grupos terapêuticos de primeira fase o paciente... está iniciando; para o trabalho motivacional, grupo de segunda fase que aí você vai trabalhar mesmo as necessidades intrínsecas dos pacientes que são as ansiedades os medos as angustias”.(D1. 24)

“Grupo terapêutico: os que chamam de primeira fase quando o cara está iniciando o tratamento, e o de segunda fase quando ele já está abstinência” (D2. 19)

Nos depoimentos, sobre o grupo de segunda fase parece não haver um consenso sobre o tema central a ser abordado se é a abstinência ou as necessidades intrínsecas dos pacientes.

A falta de adesão ao tratamento é um dos problemas mais comum ao tratar os pacientes dependentes de álcool e outras drogas; os tipos de abandono são categorizados em abandonos prévios antes da primeira consulta; abandono precoce, logo após a primeira consulta; abandono durante a fase inicial da terapia; e abandono tardio; na fase da manutenção do tratamento (Góes, 2004).

Uma das alternativas para o problema da adesão ao tratamento é trabalhar a motivação dos pacientes nos grupos motivacionais, que na visão dos profissionais, deste estudo, faz parte dos grupos de primeira fase:

“Grupos operativos, grupo de motivação” (D9.16)

Os grupos motivacionais utilizam a técnica da Entrevista Motivacional, que é uma técnica que engloba várias abordagens, tais como psicoterapias breves, terapia centrada no cliente, terapia cognitiva entre outras; o objetivo principal é ajudar o paciente a resolver sua ambivalência em relação ao seu consumo de álcool e outras drogas e ajudar na permanência no tratamento. O grupo destina-se aos pacientes ambivalentes quanto à mudança de comportamentos, sobre o seu consumo de drogas, buscando suas razões para mudanças ao invés de impor ou persuadi-los a mudar (Jungerman, Almeida, Laranjeira, 2000).

No depoimento, a seguir, percebemos que o grupo motivacional está sendo utilizado conforme foi descrito acima para a questão da ambivalência do paciente em se manter no tratamento.

“Os grupos motivacionais são os pacientes que possuem dificuldades em aderir ao tratamento” (D1. 25).

A abordagem, em grupo motivacional, é muito utilizada nos tratamentos, em que uma seqüência de mudanças comportamentais é

apontada aos pacientes, e a motivação para mudança é encarada de uma forma dinâmica, não estática e influenciável por fatores externos.

Outros grupos são realizados pelos profissionais que se reúnem em torno do gênero e a substância que se faz uso, tais como: grupo dos dependentes de álcool, tabaco e grupo de mulheres:

“Grupo do tabaco... ao paciente... do tabaco” (D9. 38)

“Grupos dos usuários e dependentes que precisam de uma atenção mais intensiva” (D8. 7)

Pillon (2003) propõe para as atividades grupais com alcoolistas, sobretudo, os coordenados por enfermeiras, ou sob a coordenação de outros profissionais em que a enfermeira participa como colaboradora; alguns temas os quais devem girar em torno da motivação, como por exemplo: discussão dos problemas de saúde relacionados às consequências do consumo do álcool, função dos medicamentos e interações com outros.

Outro grupo, referido ainda pela autora, aos alcoolistas são os grupos com aqueles que já apresentam algum tipo de doença física decorrente do consumo de álcool. Segundo a mesma, os temas são variados e não necessariamente precisa ser o restringido ao álcool.

Um grupo no qual o gênero foi considerado é o grupo de mulheres. Algumas mulheres preferem um ambiente apenas para mulheres, pois facilita a discussão do abuso e seus problemas do passado. Percebemos a preocupação dos profissionais quanto a esse aspecto.

“Grupo de mulheres” (D9. 19)

Os profissionais procuram atender as mulheres realizando um grupo específico, assim, como ter um dia especial para as mulheres no tratamento. Bechkan (1984) ao avaliar os serviços de tratamento para mulheres aponta que muitas vezes essas não procuram o tratamento por estes não atraí-las, como também a equipe não ser treinada para tratá-las. Embora não estejamos avaliando os tipos de intervenções, percebemos que os profissionais procuram eliminar algumas barreiras para a participação feminina.

Nóbrega, (2000) ao estudar um grupo de mulheres usuárias de álcool aponta que os profissionais ao lidar com essa população devem oferecer grupos homogêneos, trabalhar a auto-estima e o manejo das perdas sociais, ou seja, as situações de crise, antes mesmo de enfocarem a questão da dependência, propriamente dita.

O grupo realizado por uma determinada categoria profissional foi abordado como parte da assistência grupal. Como podemos verificar no depoimento abaixo.

*“Tem também os grupos feitos pelos enfermeiros”
(D9. 15)*

Rosa (1991) estudando a assistência de enfermagem nos programas de tratamento de alcoolistas demonstra que a interação terapêutica se dá em 30% nos atendimentos em grupos. Percebemos que realizar grupo faz parte da assistência de enfermagem não sendo uma assistência recente.

O grupo coordenado pelos enfermeiros aparece como parte da assistência grupal, não sendo indicado o tipo de grupo realizado pela categoria profissional, enfermeiro. Este fato nos chama atenção visto que a proposta assistencial da Instituição é trabalhar em equipe interdisciplinar, sendo a enfermagem parte dessa equipe, e que realizar grupos faz parte da assistência de enfermagem psiquiátrica.

Outro fato que nos chamou atenção foi que alguns grupos aparecem com a denominação de terapêuticos, sendo que em uma entrevista o psicólogo é o profissional indicado para coordenar este grupo, aqui mais uma vez a interdisciplinaridade se reduz ao conceito de multidisciplinar.

“Os grupos terapêuticos que são fundamentais” (D1. 4)

“A gente que faz grupo terapêutico” (D1. 39)

“Grupos terapêuticos que os psicólogos mais que atuam” (D2. 11)

“Grupos terapêuticos” (D2. 22)

Além do problema mencionado, como a falta da interdisciplinaridade, consideramos que toda e qualquer intervenção realizada ao paciente dentro da instituição de saúde venha a ser terapêutica,

Aqui estão representados os grupos existentes no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas - CAPS ad II, de acordo com os nossos entrevistados. Entre os grupos citados não foram mencionados os grupos de familiares e adolescentes, acreditamos que estes seriam importantes, pois, os familiares, geralmente, sofrem diretamente ou indiretamente com os problemas decorrentes do consumo e uso prejudicial de álcool e outras drogas e os adolescentes compõem uma parcela da população que recebe atendimento nesta instituição.

Na seqüência, o termo oficina aparece ao longo do processo histórico da psiquiatria, mas com objetivo diferente de como se define, atualmente. Assim, o termo oficina terapêutica vem sendo empregado para designar atividades que são desenvolvidas, como alternativas de assistência visando a ressocialização e integração do usuário com a comunidade.

“A gente tem oficinas que chamamos de oficinas terapêuticas; uma coisa muito nova” (D1. 3)

“A oficina é um espaço terapêutico que desperta alguns sentimentos; mas as discussões desses sentimentos são encaminhadas ao grupo terapêutico” (D1. 16)

“Oficinas a gente também considera como uma modalidade de tratamento” (D1. 26)

O Ministério da Saúde (2002), define e apresenta os objetivos das oficinas terapêuticas como: atividades grupais (no mínimo cinco e no máximo quinze pacientes) de socialização, expressão e inserção social, com duração mínima de (duas horas); atividades como: carpintaria costura, teatro, cerâmica, artesanato, artes plásticas, requerendo material de consumo específico de acordo com a natureza da oficina.

De acordo com os profissionais do Centro de Referência de Álcool Tabaco e Outras Drogas, as oficinas são atividades que promovem encontros entre as pessoas com sofrimento psíquico propiciando a expressão de liberdade e convivência; como podemos verificar nas afirmações a seguir:

“Têm as oficinas que são as atividades grupais com atividades dirigidas; que são terapêuticos pela convivência com o técnico que sabe do projeto terapêutico do paciente, que está interagindo” (D4. 13)

“Oficinas de teatro, percussão, capoeira; que são realizadas pelosicineiros da cultura” (D2. 13)

Ainda, de acordo com o Ministério da Saúde (2002), a oficina para ser realizada deverá ser composta por uma equipe de no mínimo quatro profissionais de nível superior; e sua execução pode ser realizada por profissionais de nível médio ou superior. As oficinas no Centro de Atenção Psicossocial são desenvolvidas por vários profissionais, e por algunsicineiros, parceiros com outras secretarias do Estado e Município (Cultura, Bem-Estar), sempre com a supervisão de um técnico da área de saúde mental:

“Você aqui como enfermeira não fica só na sua função de enfermeira, as auxiliares de enfermagem também não. Você pode estar acompanhando uma atividade ou uma oficina” (D2. 26)

“Temos osicineiros” (D2. 10)

“Oficinas são vários tipos; tem trabalhos manuais; agora está tendo uma de xadrez realizada por um médico. A oficina tem um objetivo terapêutico bem definido; tem oficina de capoeira, música”. (D2. 25)

Delgado, Leal, Venâncio (1997), identificaram três caminhos possíveis para a realização de uma oficina:

- Espaço de Criação: aquelas que possuem como característica a utilização da criação artística como atividade e como um espaço que propicia a experimentação constante.
- Espaço de Atividades Manuais: seria uma oficina que utiliza o espaço para a realização de atividades manuais, onde seria necessário um determinado grau de habilidade e onde são

construídos produtos úteis à sociedade. O produto destas oficinas é utilizado como objeto de troca material.

- Espaço de Promoção de Interação: é a oficina que tem como objetivo a promoção de interação de convivência entre os clientes, os técnicos, os familiares e a sociedade como um todo.

Podemos perceber que no Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II ocorrem diversas formas de oficinas, desde trabalho manual como desenvolvimento da memória e concentração, por exemplo: a oficina de xadrez; sempre correlacionando as oficinas com as dificuldades do dia-a-dia dos usuários; outras são realizadas com o objetivo de interação entre os técnicos e a comunidade.

Segundo Valladares, Lappan-Botti, Mello, Kantorski, Scatena (2003), o modelo psicossocial possui alguns princípios básicos que devem nortear as oficinas, dentre eles, podemos destacar:

- Todos os indivíduos podem e devem projetar seus conflitos internos sob formas plásticas, corporais, literárias, musicais, teatrais, etc.
- Valorização do potencial criativo, expressivo e imaginativo do paciente.
- Fortalecimento da auto-estima e da autoconfiança.
- Inter e transdisciplinaridade: uma “miscigenação” de saberes e intervenções.
- Intersecção entre o mundo do conhecimento psíquico e o mundo da arte, pela expressão da subjetividade.
- Reconhecimento da diversidade.

Notamos que no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ad II, os profissionais buscam desenvolver esses critérios a medida que propõem atividades que permitem a descoberta das possibilidades, antes inertes, incentivando práticas expressivas, buscando o desenvolvimento da subjetividade; conforme podemos verificar nas falas a seguir:

“As oficinas terapêuticas são espaços nos quais a gente faz teatro e na discussão do teatro, na construção das falas, eles vão se percebendo e vão se descobrindo. A gente estabelece algumas peças, que essas peças são escritas por eles mesmos dentro das suas histórias de vida e das suas dificuldades e facilidades” (D1. 9)

“Oficina de música. Através da melodia da letra eles resgatam a história. É possível tocar violão; é possível cantar sem precisar buscar algo que o deixe mais livre; por exemplo, uma droga que traga euforia. Ele percebe dentro dessa oficina que ele é capaz de cantar, capaz de ser feliz, capaz de fazer as recordações sem precisar das substâncias tóxicas do álcool ou de outras substâncias” (D1. 13)

“Oficina de padaria você coloca que é possível mexer na massa produzir o pão; desde do movimento da massa até o produto final que é o pão. Os pacientes se colocam como incapazes, vêm aqui pra gente resolver tudo na vida deles. Eles vão percebendo através das atividades manuais que a gente coloca o agir; o pensar; o sentir o compreender. A gente mostra que eles são capazes, eles são capazes de buscar” (D1. 11)

Além dessas preocupações, notamos que são desenvolvidas oficinas, sobretudo, para as mulheres; conforme podemos observar nos depoimentos dos profissionais:

Nós temos algumas oficinas são mais voltadas para as mulheres” (D9. 22)

Para que ocorra um melhor aproveitamento das oficinas, segundo Amaral (2005), a participação deverá ser por afinidade e de aceitação pela maioria dos pacientes; os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ad II, seguem este raciocínio:

“As oficinas são espaços em que a gente disponibiliza para os pacientes participarem de algumas atividades” (D1. 8)

“As oficinas são bem abertas. Você tem um contrato um compromisso, mas ela é um espaço mais aberto em que o paciente vem e volta. O espaço terapêutico é aquele espaço mais fechado é um momento em que ele coloca suas emoções, ele já sabe que ali ocorrerá um enquadramento. Nas oficinas não; ele fica muito livre pra produzir, é resgatar. É um espaço da informalidade” (D1. 15)

Assim, esses espaços, como as oficinas, levam à participação, à criatividade, à produtividade e às potencialidades dos pacientes desenvolvendo sua auto-estima e autoconfiança e a integração no grupo. Os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial reafirmam essa condição quando nos apontam a oficina como local de possibilidades de superação:

“Oficina de leitura eles fazem um resgate da história da alfabetização; como foram à escola quais foram às dificuldades, alguns já foram pra faculdades. Relembra é assim... Eu posso; eu posso”. (D1. 14)

De acordo com Lappann-Botti (2004), nas oficinas há lugar para diversos saberes, tendo os profissionais de Saúde Mental a

responsabilidade de oferecerem aos usuários todas as ações necessárias para lhes assegurar assistência, reabilitação e ressocialização em parceria com outras instituições:

“Oficina de xadrez aonde trabalha a atenção, concentração a gente pega a estratégia do jogo para a estratégia do jogo da vida”. (D1. 10)

O trabalho nas oficinas deve ser realizado como um meio de possibilidades de inserção social; no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS ad II, algumas oficinas são realizadas como meio de ensinar o trabalho manual, para que no futuro seja uma maneira de troca material:

“Oficina do fuxico é uma oficina que é subsidiada pela Associação porque você produz. Porque vai render” (D1. 28)

Neste depoimento, vimos à preocupação dos profissionais em relação aos produtos confeccionados nas oficinas, os quais poderão reverter em bens de troca, e que a solução para a realização destas trocas é a Associação de Usuários, Familiares e Técnicos, porém uma alternativa são as cooperativas sociais.

A Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999, dispõe sobre a “criação e o funcionamento das Cooperativas Sociais, visando a integração social dos cidadãos”. O objetivo das Cooperativas Sociais é inserir pessoas em desvantagem no mercado econômico, por meio de trabalhos organizados de forma a minimizar as dificuldades das pessoas

que nelas trabalhem (Ministério da Saúde, 2004b). Segundo a Lei nº 9.867, de 10 de novembro de 1999 são consideradas pessoas em desvantagens:

“Os deficientes físicos e sensoriais, os deficientes psíquicos e mentais, as pessoas dependentes de acompanhamento psiquiátrico permanente, e os egressos de hospitais psiquiátricos, os dependentes químicos, os egressos de prisões, os condenados a penas alternativas à detenção, os adolescentes em idade adequada ao trabalho e situação familiar difícil do ponto de vista econômico, social ou afetivo” (Ministério da Saúde, 2004b, p.56).

Segundo os depoimentos, notamos que os profissionais buscam a inserção dos pacientes na sociedade por meio do trabalho; conforme verificamos neste depoimento:

“Oficina de fuxico eles fazem trabalhos manuais, produzem. Trazem o tecido, tem sempre alguém junto com eles fazendo. Isto reverte em dinheiro pra associação. Isto traz pra eles uma esperança. Você trabalha com a esperança. Eles produzem, vendem aí tem a esperança. Eu sou capaz”.(D1. 12)

Segundo os depoimentos, há uma associação composta pelos familiares, pacientes e funcionários, com o objetivo de administrar os produtos confeccionados nas oficinas. Os profissionais almejam a criação de uma cooperativa social, como podemos observar nesses depoimentos:

“Várias oficinas. E temos a associação que eu acho super importante, é de funcionários, familiares e usuários do CRATOD”.(D9. 17)

“Benefício do paciente que é associado da associação”
(D1.30)

“É um pensamento de como formar uma cooperativa”
(D1. 31)

“A associação tem essa formação até de cooperativa” (D9. 18)

Em síntese, as ações desenvolvidas pelos profissionais, desse estudo, são caracterizadas pelo acolhimento oferecido no dia-a-dia do serviço; pelas consultas individuais; pela assistência determinada em intensiva, semi-intensiva, não intensiva; pelos grupos e pelas oficinas terapêuticas, sendo que a reabilitação psicossocial e a redução de danos determinam as características de cada atividade.

*Há lastimoso clamor nas ruas por falta do
vinho; e toda a alegria se escureceu, já se
foi o prazer da terra.
Isaías 24: 1*

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo focalizou a assistência psiquiátrica oferecida aos pacientes de álcool e outras drogas no Centro de Atenção Psicossocial que se propõe a oferecer assistência no modelo psicossocial

Nessa linha de interpretação, a análise dos dados procurou identificar a concepção dos profissionais sobre o Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas – CAPS ad II e seu modelo de assistência e os recursos utilizados pelos profissionais para oferecer assistência.

O caminho analítico permitiu aprofundar alguns pressupostos da assistência oferecidas que foram lançados, tendo em vista desenvolver a idéia central do estudo de que o consumo de drogas ocorre por fatores multifatoriais, o que, então, justifica a assistência psicossocial.

Dentro do modelo psicossocial de assistência, e considerando os fatores multifatoriais do consumo de álcool e outras drogas, a equipe multiprofissional não pode ser somente uma equipe técnica, ou seja, com profissionais da saúde, esta deverá ter o enfoque da interdisciplinaridade, entendida como horizontalização das relações e enriquecimento das ações. A ampliação do espectro profissional para a assistência dos dependentes de álcool e outras drogas é elementar, visto que diferentes

fatores influenciam no número de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Reorientar o modelo de atenção aos pacientes dependentes de álcool e outras drogas para inclusão do cuidado sem estigmas e discriminação é um desafio. Muitos projetos de reforma não são homogêneos, embora exista uma hegemonia dessa tendência, os conceitos e as práticas quanto à reforma psiquiátrica são muito diversos entre os atores que a executam. A luta pela cidadania dos doentes mentais não é um delimitador exclusivo destas tendências (Amarante, 2003).

A luta pela cidadania, é uma luta geral no contexto da consolidação democrática do país, mas o doente mental “aqui considerado os dependentes de álcool e outras drogas”, é ainda despojado de seus direitos jurídicos, políticos e civis, não se tornando dessa maneira um cidadão (Amarante, 1996).

De fato, quando se fala em Reforma Psiquiátrica, não se está referindo, necessariamente, à superação do paradigma fundante da psiquiatria nem da negação de seu mandato social, mas, em transformações mais ou menos superficiais, administrativas, organizativas e modernizantes do aparato prático-discursivo. Muitas vezes, considera-se a questão não está na ordem do saber psiquiátrico, mas, em sua operacionalidade prática, e bastariam reorganizar os recursos, administrá-

los dispô-los corretamente para se alcançar bons resultados preventivos e terapêuticos (Amarante, 1996).

Evidentemente, a desinstitucionalização como pretendemos abordar, não pode, em absoluto representar o desamparo dos doentes ou o simples envio para fora do hospital, sem ser implantada, antes, uma infra-estrutura na comunidade para tratar e cuidar dos mesmos e de suas famílias (Amarante, 1996).

Ainda, percebemos a escassez desses serviços na comunidade, visto que na cidade de São Paulo temos 33 CAPS ad II¹⁸ para uma população de 10.838.581 habitantes¹⁹. No Brasil contamos com 144 CAPS ad II²⁰ para 182.722.318 habitantes²¹.

Estes números comprovam as dificuldades no tratamento e cuidado, porém, acreditamos que apesar do reduzido número é a melhor maneira de assistência; pois o futuro é lidar com as contradições do real, no qual o projeto de desinstitucionalização volta-se para a superação do ideal da positividade absoluta da ciência moderna em sua racionalidade de causa e efeito, para se voltar para invenção da realidade como um processo histórico (Amarante, 1996).

Nossa tarefa inicial nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS ad II é oferecer um bom programa de assistência, articulando com toda oferta de serviços de saúde pública

¹⁸ Fonte: (<http://www.inverso.org.br>). Acesso em 07 de junho de 2005.

¹⁹ IBGE (<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>). Acesso em 06 de junho de 2005.

²⁰ Fonte: (<http://www.inverso.org.br>). Acesso em 07 de junho de 2005.

²¹ IBGE (<http://www.ibge.gov.br/>). Acesso em 06 de junho de 2005.

existente, criando uma rede de serviços que compartilha os recursos e complementam-se.

Esta rede deve ser composta de serviços de cuidados infantis, serviços de saúde mental, serviços médicos, tratamentos específicos para HIV/AIDS, serviços jurídicos, serviços educacionais, serviços de transportes, farmacoterapias²², atendimento domiciliar integrado ao programa de saúde da família, unidades de internação de curta permanência em hospitais gerais.

O desenho progressivo de assistência mais organizada deve ser pensado, por isso concordamos com Cardoso (2002)²³, que sugere uma organização das praticas assistenciais divididas em dispositivos de saúde e sociais não excluindo a comunicação da equipe interdisciplinar.

Este tipo de assistência deve ser planejado e realizado em um território, “espaço –suporte, que delimita a área de atuação de uma equipe, um serviço, um programa, cumprindo a missão de materializar uma acolhida, um vínculo” (Pitta, 2001), no qual usuários e trabalhadores possam negociar, trocando experiências, fazendo proliferar a vida.

²² Disponível em: <http://www.niaaa.nih.gov/index.htm>. Acesso em 15 de outubro de 2004.

²³ Cardoso CLP. Internação de curta permanência em hospitais gerais. In: Macedo PRM. Loyola C. Organizadores. Saúde mental e qualidade de vida. Rio de Janeiro: CUCA/IPUB; 2002.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida Filho N de. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate aberto. *Revista de Administração Pública* 34(6): 29-36; 2000.

Amaral M. Entre o desejo e o medo: oficinas de trabalho como espaço de reflexão e empoderamento de adolescentes [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2005.

Alves DSN, Seild EF, Schechtman A, Silva RC. Elementos para uma análise da assistência em saúde mental no Brasil. In: Relatório Final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 1992; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.

Amarante PDC. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.

Amarante PDC. Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In: Fleury S. (organizadora) Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos; 1996.

Amarante PDC. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante PDC (organizador). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2003.

Andrade C.E. Oliveira RAS. Pizzaia MMMS. Castro MGA. Rocha MLEP. Ajudarte SMB. Alves AS. Inante RSC. Reis YC. Silva Dalva CM. Oficinas Comunitárias – Um programa de atenção psicossocial. *J. Bras. Psiq*, 43(1): 39-43, 1994.

Babor TF. Controvérsias sociais, científicas e médicas na definição da dependência do álcool e das drogas. In: Edwards G, Lader M. (organizadores). *A natureza da dependência das drogas*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.

Bandeira M. Soares NL Desinstitucionalização: estão os profissionais de saúde mental bem informados. *J. Bras. Psiq*. 45 (3): 159-165, 1996.

Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. *Psychology Review*, v.84, p.191-215; 1977.

Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1996.

Beck A.T, Wright F, Newmann C, Liese B. Cognitive therapy of substance abuse. New York: The Guilford Press; 1993.

Beckman LJ. Treatment needs of women alcoholics. *Alcoholism Treatment*. Quaterly 1: 101-104; 1984.

Bertolote JM. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médica; 1997.

Bittencourt LM. Do discurso jurídico à ordem médica: os caminhos do uso de drogas no Brasil [dissertação] Rio de Janeiro (RJ); Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro; 1986.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 out 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. *Mundo Saúde*, 1996; 21(1):52-61.

Brasil. Anexo ao parecer nº 43. p. 01-3; 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental 1990-2002/ Ministério da Saúde. Secretária Executiva – 3ª ed. Revista e atualizada. Brasília. Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Ministério da Educação. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Disponível em: www.inep.gov.br/basica/censo (24 out.2004).

Cadernos Informativo da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília. Ministério da Saúde; 2001.

Carneiro NJ. Silveiro C. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. Cad. Saúde Pública 19(6): 1827 – 1835; 2003.

Ciampone MHT. Grupo Operativo: construindo as bases para o ensino e a prática na enfermagem [tese] São Paulo (SP) Escola de Enfermagem da USP. Livre-Docência. 1998.

Conselho Regional de Medicina de São Paulo /Associação Médica Brasileira. Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento. Coordenação de Ronaldo Laranjeira et al. São Paulo; 2002.

Costa JF. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Campos; 1981.

Delgado PGG. Projeto de Lei nº 3.657-B/89. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília: Câmara dos Deputados; 1989.

Delgado PGG. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. Saúde em Debate. n. 35, p.84-92; 1992.

Delgado PGG. Leal E. Venâncio A. O campo da atenção psicossocial Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá, 1997.

Delgado PGG. Weber R. Cadernos de Textos. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

Delgado PGG, Weber R. Configurações dos serviços de atenção diária até 2001: um estudo com 295 serviços. J. Bras. Psiquiatr 52(3), 2003.

Delgado PGG. Sistema Único de Saúde e a Lei 10.216: Reforma Psiquiátrica e inclusão Social. In: Macedo PRA. Loyola CM. Organizadores Saúde Mental e Qualidade de Vida. Rio de Janeiro: Edições CUCA-IPUB/UFRJ; 2002.

Dias JC. Níveis de atenção no uso indevido de drogas. In: Cruz MS, Ferreira SMB (organizadores). Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA; 2001.

Fagundes P. Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: algumas questões cruciais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 47(4);163-69; 1998.

Ferreira SP. Luis MAV. Percebendo as facilidades e dificuldades na implantação de serviços abertos em álcool e outras drogas. *Texto e Contexto Enferm* 13(2): 209-216, 2004.

Figlie NB, Pillon SC, Laranjeira, RR, Dunn J. AUDIT identifica a necessidade de interconsulta específica para dependentes de álcool no hospital geral? *J Bras Psiq* 46(11): 589:593. 1997.

Franco TB. Bueno WS. Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde, o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 15(3): 345- 53; 1999.

Fuller RK, Hiller-Sturmhöfel S. Alcoholism treatment in the United States: an overview. *Alcohol, Research & Health*. v.23, p. 69-77, 1999.

Galduróz JC, D'Almeida V, Carvalho V, Carlini EA. III Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de 1º e 2º Graus em 10 capitais brasileiras - 1993. São Paulo: CEBRID/EPM; 1994.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 3ª Ed. Editora Atlas S.A., São Paulo, 1996.

Góes LACP. Ensaio clínico duplo-cego randomizado e placebo-controlado com naltrexona associado à intervenção breve no tratamento ambulatorial da dependência de álcool [tese] São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. 2004,

Griffith E. Marshall EJ. Cook CCH. O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed; 1999.

Hester RK, Miller WR. Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives. Washington: Allyn e Bacon; 1995.

Instituto de Convivência e de Recreação do Espaço Social. [online] Dados estatísticos: recursos aplicados pelo programa de saúde mental. Brasília; 2004. Disponível em: <<http://www.inverso.org.br>> (20 ago 2004).

Jungmam J. Marchand C. A redução de danos como uma prática de tratamento – Exemplo de um serviço pariente. 2002. Editora Scientifiques ACODES – 96 bd. Diderot.

Jungerman FS. Almeida RAM. Laranjeira R. Grupos de motivação: estudo descritivo de um atendimento para dependentes de drogas. J. Bras. Psiquiatr. 49(3)Ç 127-136; 2000.

Lappann-Botti NC. Oficinas em Saúde Mental: história e função. J bras Psiq, 43 (1): 39-43, 1994.

Laranjeira RR. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. J Bras Psiq 1996; 45(4): 191-199.

Laranjeira RR, Nicastri S. Abuso e dependência de álcool e drogas. In: Almeida OP, Dractu LE, Laranjeira RR. Manual de psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.

Lima MG. Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no distrito federal um estudo do hospital São Vicente de Paulo [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 2002.

Levine HG. On the history and aims of the alcohol control system: personal not. International Study of alcohol control experience meetings in warsawa, Poland; 1980.

Levine HG. Spirits in America the birth of demon rum. Public Opinion; 1981.

Levine HG. The Discovery of addiction: changing concepts of habitual drunkenness in America. Journal of Studies on Alcohol, 39(1):143-174; 1978.

Marlatt A, Gordon J. Prevenção da recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Mecler K, Cardoso, LS. Almeida, RSP. Estudos qualitativos em saúde mental: uma introdução. J Brás Psiq 1996; 45(5): 285-90.

Miller WR. Motivational Interwing with problem drinkers. Behavioural Psychotherapy, v.11, p.147-172, 1983.

Miller WR, Kurtz E. Models of alcoholism used in treatment: contrasting AA and others perspectives with it is often confused. Journal of Studies on Alcohol. 55, p.159-166; 1994.

Miller WR. Andrewa NR. Nilbournw P. Bennet ME. A wealth of alternatives-effective treatments behaviors alcohol problems. In: Miller, W.R. Heather, N.R. Editor. Treating Addictive Behavior, 2 ed. New York.: Plenium Press; 1998.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1992.

Minayo MCS (organizadora). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1997.

Minayo MCS (organizadora). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1998.

Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental I. Brasília. 1987. Relatório Final. Brasília. Ministério da Saúde. 1988.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas. Brasília. 1991.

Ministério da Saúde. Conferência Nacional de Saúde Mental – II. Brasília. 1992. Relatório Final. Brasília. Ministério da Saúde. 1994.

Ministério da Saúde. Drogas na atualidade do Sistema Único de Saúde. Trabalho apresentado no Seminário o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas na rede SUS. Brasília; 2001.

Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1999 – 2004. 5ª ed. ampl. Brasília: Centro de Documentação; 2004a. (Série E. Legislação de Saúde). Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas. p.141-50.

Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas/ Ministério da Saúde, Secretária Executiva, Secretaria de Atenção a Saúde, CN-DST/AIDS. – 1ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 6 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. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2002. 3. ed. Revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

Ministério da Saúde. Portaria/GM n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2002. 3. ed. Revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

National Institute of Alcohol and Alcoholism – NIAAA. Disponível em: <<http://www.niaaa.nih.gov/index.htm> > Retirado em 20 de agosto de 2004.

National Institute of Drug Abuse – NIDA. Disponível em: <<http://www.nida.nih.gov/> > Retirado em 20 de agosto de 2004.

Negrette JC. Problemas Médicos. In: Ramos SP. Organizador. Alcoolismo Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas; 1987.

Oliveira AGB. Alessi NP A Reforma Psiquiátrica e o processo de trabalho das equipes de saúde mental. Rev. Paulista Enf. 22(1):31-42, 2003.

Oliveira FB; Fortunato, M.L. Saúde Mental: reconstruindo saberes de enfermagem. Ver. Brás Enferm. Brasília (DF), 56(1): 67-70, 2003.

Oliveira MAF. Do canto (lugar) maldito ao porto (lugar) seguro: representações do manicômio [tese] São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.

Oliveira MAF. Do canto (lugar) maldito ao porto (lugar) seguro: representações do manicômio. São Paulo: Selecta Editorial; 2002.

Organização Pan-Americana da Saúde. Organização mundial da Saúde. Declaração de Caracas. In: Conferência Nacional de Saúde Mental – II. Brasília. Anais. Ministério da Saúde; 1992. Organização Mundial da Saúde – OMS. Classificação dos Transtornos mentais e de comportamento do CID 10. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Organização Mundial da Saúde – [online] Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em 20 de agosto de 2004.

Peduzzi, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, São Paulo, (35):1-103-109, 2001.

Pillon SC. O uso do álcool e a educação formal dos enfermeiros [tese] São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. 2003.

Pitta AMF. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? J. Bras. Psiq 1994; 43(12): 647-54; 1994.

Pitta AMF. Bases da qualidade de serviços de saúde mental em municípios brasileiros – Estudo da satisfação com os resultados das atividades desenvolvidas por pacientes, familiares e trabalhadores dos serviços. J Bras Psiq 44(9): 441-452; 2001.

Ramos SP. Bertolete JM. Alcoolismo hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Resende H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis AS, Costa NR (organizadores). Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes; 1987.

Ribeiro M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. Rev. Bras Psiqu. 26, Suplemento especial; 2004.

Rollo AA. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: Merhy E. Organizador. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

Rosa AJS. Assistência de Enfermagem a alcoolistas a opinião de 21 Enfermeiros [Dissertação] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. 1991.

Rotelli F. Leonardis O. Mauri D. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001.

Schechtman DSN. Silva RS. Política de saúde mental no Brasil. J. Bras. Psiq. 45(3): 127- 128. 1996.

Silva JP. O farmacodependente e a internação psiquiátrica. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Silva JPV da. Pinheiro R. Rangel FS. Machado RAP. Integralidade como inovação institucional – a experiência da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, 1992 a 2002: considerações sobre a gestão do SUS. J. Bras. Psiq. 2004; 38(3): 481-500; 2004.

Soares BM. Rohden F. As melhores intenções – Análise dos programas de prevenção e recuperação da dependência química. Rio de Janeiro: ISER Núcleo de Pesquisa, 1994.

Spiri Carla Wilza. Trabalho em equipe. O vivencial da equipe de reabilitação na fissura lábio-palata. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo 2001.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Valladares ACF. Lappann-Botti N.C. Mello R. Kantorski LP. Scatena MCM. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou atividades cooperativas sociais. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 5(1); 2003.

Vasconcelos EM. Contribuição à avaliação da estratégia de integração do programa de saúde mental no sistema único de saúde no Brasil recente. *J. Bras. Psiq* 41(6): 283-286, 1995.

Vieira MSS. Drogas, encantos e desencantos: o desafio de viver no mundo espetacular. [tese] São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2002.

Sáad AC. Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: Cruz MS, Ferreira SMB (organizadores). *Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos*. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA; 2001.

Sáad AC. O discurso da droga e a droga na história de pacientes em tratamentos no Brasil e nos Estados Unidos [tese] Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1998.

Sáad AC. Um estudo sobre o atendimento ao toxicômano na cidade do Rio de Janeiro [dissertação] Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psiquiatria; 1993.

Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo. O pensar, o fazer, o viver: o projeto acolhimento. São Paulo: Palas Athenas/Unesco; 2004.

Unidade de Álcool e Drogas. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. Centro Especializado no Tratamento de Dependências de Álcool e Drogas. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/default_TR.asp> (20 de agosto de 2004).

Westermeyer J. Historical and social context of psychoactive substance disorders. In: Francis R., Miller S. (organizadores). *Clinical textbook of addictive disorders*. New York: Guilford Press; 1991. p. 23-40.

VIII. ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Titulo do Projeto: (título provisório).

Pesquisadora: Elda de Oliveira – COREn 96.042– Fone: 11- 96145714.

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – COREn 29.149 – Fone: 11- 30667602.

Contato com o Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – Fone: 11 – 30667548.

A Síndrome de Dependência é um problema sério na sociedade brasileira levando prejuízo para saúde, trabalho e nas relações com a família e outras pessoas. O que pretendemos com esta pesquisa é identificar e compreender conceitos e estratégias que norteiam a assistência dos profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial para atendimento dos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias, na tentativa de subsidiar as ações assistenciais prestadas nesses serviços, Como profissionais da saúde podemos melhorar as práticas assistenciais, bem como re-construirmos as já existentes alcançando as necessidades dos pacientes que buscam tratamento. Para saber mais sobre isso, precisamos da sua colaboração participando da entrevista que será realizada; sua participação não afetará seu trabalho, nem aparecerá em nenhum papel da pesquisa. É importante que você saiba que tem toda a liberdade em participar ou não desta pesquisa, podendo desistir a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo. Qualquer dúvida que você tiver ou qualquer informação que você precise, poderá entrar em contato com a pesquisadora. Compreendo o que foi explicado, concordo em participar.

Data ____/____/2004

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador _____

Assinatura do orientador _____

ANEXO II

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3066.7602 - Fax: (011) 3066.7615
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - São Paulo - SP -
Brasil

São Paulo, 31 de janeiro de 2005.

Senhora Diretora

Vimos solicitar autorização para Elda de Oliveira, aluna do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para realizar a pesquisa intitulada "Processo de reforma psiquiátrica no Brasil: centros de atenção psicossocial álcool e drogas" (título provisório), que tem por finalidade a obtenção de título acadêmico, nível mestrado.

Na oportunidade, esclarecemos que, conforme projeto anexo, a pesquisa será realizada com profissionais vinculados ao serviço **Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD)** - Secretaria da Saúde - Governo do Estado de São Paulo.

A pesquisa tem por finalidade identificar e compreender conceitos e estratégias que norteiam a assistência dos profissionais que atuam em um Centro de Atenção Psicossocial para atendimento dos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias, na tentativa de subsidiar as ações assistenciais prestadas nesses serviços, segundo o modelo proposto pela Reforma Psiquiátrica.

Os objetivos são: Identificar e analisar a concepção do trabalhador sobre Centro de Atenção Psicossocial aos Usuários de Álcool e outras Drogas – CAPS ad II; identificar e analisar as ações assistenciais dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas – CAPS ad II; identificar e analisar a incorporação dos conceitos e estratégias que norteiam a Política de Atenção Integral em Álcool e outras Drogas de um Centro de Atenção Psicossocial aos Usuários de Álcool e outras Drogas – CAPS ad II.

Agradecendo antecipadamente, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.
Atenciosamente

Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Professor Doutor do Departamento de enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de
Enfermagem da
Universidade de São Paulo

Ilmo Sr.
Diretor do Centro de Referência de Álcool,
Tabaco e Outras Drogas (CRATOD)

ANEXO III
ROTEIRO DA ENTREVISTA

Identificação

Sexo feminino () masculino ()

Idade _____ Estado civil _____

Graduação () Sim Não ()

Pós-graduação () Lato Sensu () Stricto Sensu

1. Mestrado 2. Doutorado

Tempo de formação () anos () meses

Função _____ que _____ exerce

Tempo de trabalho na área da Saúde Mental?

() anos () meses

Tem especialização em Dependência Química ()sim ()não

1. Qual é o projeto assistencial do CRATOD?
2. Como é realizado este projeto?
3. Quem são as pessoas que utilizam o tratamento?
4. De onde vem os pacientes e para onde são encaminhados?
5. Quais são as atividades assistenciais oferecidas aos usuários?
6. Como é realizado o plano terapêutico dos usuários?
7. Relate uma situação de assistência que descreva um dia típico de seu trabalho, neste local.

ANEXO IV

Autorização do Comitê de Ética da EEUSP

ANEXO V

FALAS APREENDIDAS DOS DISCURSOS

CATEGORIA I

CONCEPÇÃO SOBRE O SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:
para o desenvolvimento de atividades de saúde mental aos pacientes com transtornos decorrentes de uso prejudicial e/ou dependência de álcool e outras drogas – centro de atenção psicossocial para tratamento de álcool e outras drogas – CAPS ad II.

“O nível dele seria para atender dependentes graves de álcool, drogas e tabaco...” (D2. 3).

“Núcleo de tratamento de transtornos decorrentes ao uso de álcool tabaco e outras drogas” (D3. 2).

“Assiste aos dependentes que usam álcool tabaco e outras drogas. Até mesmo os benzodiazepínicos ou qualquer outro tipo de drogas inalantes” (D9. 1).

“É um projeto que a gente trabalha com a compulsão”.(D6.3).

“Promoção, prevenção e tratamento de transtornos decorrentes do uso de álcool tabaco e outras drogas” (D3. 1)

“Visando a diminuição do risco do uso inadequado das substâncias psicoativas” (D5. 1)

“É um projeto que está no início então nos não temos ainda o suporte técnico aqui dentro pra abranger da forma que eu acho que a comunidade gostaria” (D9. 5)

“A gente vai ver o paciente como um todo dentro das suas necessidades sejam elas psicológica, biológica, social, ambiental”(D1. 2)

“Não está voltado só para a abstinência” (D1.9)

“O que mais fazemos aqui é redução” (D1.11)

“Aqui a gente está trabalhando com o conceito de redução de danos então não se solicita a abstinência total desse paciente” (D2. 9)

“Pelo menos você está reduzindo... é um tempo a mais de vida que você está dando... aos poucos reduzindo as quantidades, diminuindo o tempo... é positivo” (D1.13)

“Assistência global do paciente, para correção de todas as suas dificuldades e a inserção do trabalho global, e a resgatar a cidadania” (D7. 1)

“Inserir pacientes no novo contexto social econômico”(D8.1)

“Readquirir a sua capacidade do ponto de vista de orientação, atenção, melhorar o humor o relacionamento interpessoal. É assim poder se restabelecer” (D8. 2)

“O projeto é voltado pra tratamento da dependência e para o resgate da cidadania” (D1. 3)

“Na realidade é resgatar a cidadania” (D1. 8)

“Temos o objetivo da reabilitação Psicossocial do usuário de álcool e drogas” (D3. 4)

“Projeto do CAPS e a reabilitação psicossocial” (D3. 5)

“Abrir mais o leque de opções pra poderem arranjar um trabalho” (D8.4)

“É um projeto bem elaborado que tem a atenção psicossocial em todos os níveis” (D9. 3)

“Todas as atividades deles aqui dentro são importantes é promove a recuperação” (D9. 12)

“O CAPS ele constitui uma unidade extra-hospitalar o qual tem um conjunto de atividades que visam à reabilitação” (D3.8).

“ Tenta envolver todos os funcionários nessas atividades...” (D2.11)

“O trabalho é multidisciplinar.” (D3. 5)

“Trabalho multidisciplinar onde estamos caminhando para uma transdisciplinaridade” (D1.1)

“Está neste processo de formação e discussão de trabalhar a psicodinâmica da dependência...” (D1. 4)

“Assim é um trabalho que está engatinhando...” (D1. 7)

“Estamos começando é uma coisa que está andando”. (D9. 4)

“Nós estamos muitas vezes levantando o que precisamos” (D2. 5)

“Existe uma série de aspectos que ainda estamos resolvendo” (D2. 6)

“É um projeto que está no início...” (D9. 5)

*“A gente..está querendo é desenvolver tecnologias novas práticas..
Capacitar recursos humanos pra lidar nesta área..” (D3. 7)*

“É desenvolver ciência e capacitar outras pessoas”.(D6. 2)

*“... Tentamos da essa formação pro funcionário do albergue pra ele
entender melhor a dependência química...” (D9. 6)*

*“É um campo que precisamos formar pessoas desde quem
trabalha na porta de entrada, porteiro até a especialização...
Acho que todos precisam dessa formação”.*(D1. 5)

*“Esse aspecto característico do CRATOD que é o ensino.”
(D4. 2)*

*“... Procuramos desenvolver a capacitação de pessoas...”
(D6. 1)*

CATEGORIA II

**AÇÕES ASSISTENCIAIS AOS PACIENTES COM TRANSTORNOS
MENTAIS DECORRENTES DE USO PREJUDICIAL E OU DEPENDÊNCIA
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.**

“Ele é avaliado aonde ele tem mais necessidade e que tipo de intervenção que ele vai ter” (D6. 3)

“A equipe que está ali tem que fazer essa leitura do que eles estão realmente buscando.” (D1. 33)

“Não adianta fazer um projeto alheio à vontade dele” (D3. 17)

“Vai depender muito da situação em que o paciente chegou aqui” (D6.4) (refere-se ao projeto terapêutico).

“A gente procura estar avaliando a situação completa dele” (D3. 15)

“A gente não trabalha só a questão pontual médico e... remédio” (D3. 16)

“É importante participar de tudo... Não só da consulta médica”. (D9. 23)

“A gente não atende o paciente cada um no seu... na sua formação, mas a gente discute o paciente como um todo (D1.1)”

“Eu escutei o paciente com o psiquiatra; eu escuto o paciente individualmente; eu volto a discutir o paciente com o psiquiatra, com a assistente social para que chegarmos no consenso da necessidade do paciente” (D1. 2)

“A gente mais trabalha com eles a questão da autonomia” (D3. 10)”

“Saúde, a gente só não provê na instituição de saúde, a gente provê de uma forma global (D3. 11)”

“A gente faz a abordagem no grupo depois a abordagem individual” (D1. 38)

“Os pacientes entram através do acolhimento” (D8.1)

“Você recebe demandas dos pacientes, encaminhamentos de outros profissionais; eles vem à procura de orientação” (D2.35)

“O acolhimento geralmente é feito pela equipe; o usuário é recebido pela equipe que está naquele dia escalado pra isso. É feito uma avaliação inicial da procura dele. Ele tem que ter uma demanda pra trabalhar” (D3. 13)

“Acolhimento à equipe nossa é: assistente social, enfermeira, um auxiliar de enfermagem, médico clínico do horário e o psiquiatra. A gente atende quatro pacientes que é o tanto que consideramos suportável para tocarmos o acolhimento” (D4.18)

“A gente procura no acolhimento está um de cada área” (D6.9)

“A primeira vez ele vai ser acolhido tem uma equipe para acolhimento” (D7. 21)

“Neste acolhimento a gente faz uma abordagem de identificação, pra que veio, explica o que significa o CRATOD como funciona, qual a filosofia do trabalho” (D1. 21)

“A gente toca o grupo inicialmente aproveitando o que é o Cratod pra eles em seguida dando a palavra pra eles dizerem o que eles vieram viver” (D4. 19)

“A gente dirige as perguntas alguns pontos que por acaso deixaram se ser respondidas que são importantes durante o grupo” (D4. 20)

“A equipe reúne com os pacientes, identifica o momento em que ele está, verifica o que ele precisa, que tipo de droga ele usa. O que ele apresenta, se tem comorbidades, se não tem” (D9. 30)

“No mínimo – a gente não pode deixar o paciente ir embora sem ter marcado: grupo terapêutico, psiquiatra, clínico geral e uma oficina terapêutica” (D1. 36)

“No primeiro atendimento pelo menos 03 profissionais já ficam traçados” (D1. 35)

“Normalmente eles são acolhidos por um grupo de profissionais, deste grupo de profissionais alguns ficam acompanhando eles duas três semanas pra ver se eles estão aderindo às atividades propostas ou se ele está se ajeitando; será aquilo mesmo” (D4.15)

“Primeiro ele passa pelo acolhimento que é a porta de entrada do paciente. A gente faz o acolhimento de manhã e à tarde” (D1. 20)

“Ai aqui você tem um sistema... Você às vezes não consegue acolher na hora” (D2. 17)

“Equipe do acolhimento está disponível para o acolhimento durante muito pouco tempo” (D9. 37)

“A gente que faz grupo terapêutico e grupo de acolhimento, só muda o tipo de atuação” (D1. 39)

“Um horário eu estou no acolhimento, outro momento na observação, outro no grupo terapêutico. Isso é importante ao paciente para ele perceber que o tratamento dele tem essas variáveis” (D1. 40)

“Depois deste acolhimento você tem uma avaliação do paciente, aí então já se faz o que se chama de projeto terapêutico dele” (D2.29)

“Quando você faz acolhimento você faz uma entrevista, uma entrevista que tem uma serie de dados pra essa pessoa. Se você fez o acolhimento ou você faz no mesmo dia ou você marca pra fazer” (D2.36)

“A gente acolhe explica o serviço no grupo, depois nos dividimos, fazemos uma entrevista inicial” (D6.10)

“Nessa entrevista que é a inicial você acolhe mais dados. Você já vai colher dados da família, infância, adolescência, uso que ele faz de drogas, se tem internação. Então é uma entrevista maior” (D2. 37)

“Você tem consultas” (D2. 21)

“Consultas: psiquiátrico, de enfermagem, clinica, consulta com a assistente social” (D1. 23)

“Temos desde de consultas individuais até grupais e oficinas como também tem é a observação”. (D4. 7)

“Consultas: psiquiátrico, de enfermagem, clinica, consulta com a assistente social” (D1. 23)

*“Consulta com a enfermagem, consulta com o psicólogo”
(D9. 21)*

“Esse paciente ele passa em terapia, ele passa em consulta com o clínico, ele passa em consulta com a enfermagem e se necessário à consulta psiquiátrica.” (D9. 42)

“Nós fazemos o possível para que eles façam a consulta de enfermagem, mas não são todos” (D9.27)

“Na anamnese verificar outros dados que estavam colaborando pra doença do paciente” (D7. 3)

“A ter várias avaliações, psiquiatra, médica, psicológica da enfermagem” (D8. 2)

“No primeiro atendimento a gente traça quais são os profissionais que irão estar atendendo... A gente coloca como porta de entrada o intensivo... Setor onde o paciente fica na observação, mas ele já tem uma equipe que está responsável por ele...” (D1.34)

“No individual, faz o encaminhamento para as equipes de atendimento... (D1. 22)”

*“O paciente ele pode ficar em Três Momentos: Momento do Intensivo – aonde o paciente vem todo os dias; Momento Semi-intensivo – aonde ele vem dentro de uma programação já previamente estabelecida por uma equipe que o atende... É o tratamento Ambulatorial – aonde seu retorno é mais espaçoso... vem a cada quinze dias, um dia pra consulta, outro dia pra grupo terapêutico... (D1. 7)”
(grifo nosso).*

“A gente tem três modalidades de atenção - a modalidade Intensiva; Semi-Intensivo e o Não intensivo... Intensivo - os

usuários em uma situação de síndrome de abstinência no uso agudo da substâncias. São pessoas que, pela gravidade do transtorno, têm que vir freqüentemente... Ao longo da semana, enquanto persistir a gravidade dos sintomas. Semi-Intensivo são pessoas que precisam vir freqüentemente, mas não com tanta intensidade... Assim mesmo ele participa de um conjunto de atividades... Não intensivo, que é a pessoa que vem no máximo até seis vezes por mês... São pessoas, o qual já estão sendo trabalhadas as altas” (D3.5) (grifo nosso).

“Parte assistencial tem várias frentes, então, tem a parte do CAPS que é aquela questão do Intensivo, Semi-intensivo, Não intensivo (D4. 1)” (grifo nosso).

“Se ele está muito intoxicado vai para a desintoxicação, aí ele vem todos os dias... Esse Intensivo é uma coisa dele vir diariamente, aí então, ele passa pelo médico que está de plantão, tanto clínico como psiquiatra, é dada medicação pra ele. A enfermagem acompanha tudo... (D2. 30)”.

“No início que chamamos de Intensivo... no trabalho de desintoxicação;... mais atividades; maior número de consultas... conforme... vai ficando... abstinente;... iria para o Semi-intensivo... (D2. 6)”

“Dentro do intensivo, a gente tem a observação que é apenas uma parte do programa intensivo” (D4. 6)

“Na observação, eu atendo mais os pacientes que vêm intoxicados” (D7. 12)

“Temos o setor de observação... pra estar acompanhando a desintoxicação os sintomas da... da abstinência de álcool e drogas” (D3. 6)

“Os da observação são os casos intoxicados” (D7.13)

“Se ele estiver alcoolizado, se tiver uma pressão alta, ou se ele estiver alcoolizado ou com outros sintomas, sentindo mal etc. Ele não fica no grupo de acolhimento, ele vai para a observação” (D7.22)

“Observação que é aquele paciente acamado que eu já te falei. Até o intensivo que passa aqui em várias atividades e depois o semi- intensivo que ele faz parte de um grupo ou oficina. Algumas atividades pontuais mais haver com aquele paciente; é o não intensivo que são mais consultas ambulatoriais , ou grupais que faz parte do quadro do projeto terapêutico do paciente” (D4.8)

“Na anamnese, verifico outros dados que estavam colaborando pra doença do paciente” (D7.3)

“Exame físico” (D7.1)

“Peço os exames que nada mais é do que um verdadeiro check up” (D7.9)

“No início do tratamento, tem muito essa necessidade da vinda diária pra acompanhar toda a abstinência” (D9. 26)

“A observação e vou ver os pacientes que estão na observação e que necessitam de uma observação psiquiatria. Aí eu percorro cada um deles” (D4. 22)

“Se ele estiver alcoolizado; se tiver uma pressão alta; ou se ele estiver alcoolizado com outros sintomas; sentindo mal... Ele não entra no grupo de acolhimento; ele vai para a observação (D7. 22)”.

“Observação; eu acho inútil. Porque ela não tem equipamento básico de vida ou morte” (D5.11)

“Porque se ele tiver em surto, ele vai ser medicado e dá pra manejar o paciente”.(D8. 3)

“Dentro do intensivo, a gente tem a observação que isto é apenas uma parte do programa intensivo” (D4. 6)

“Isso não quer dizer que ele vai ficar lá a semana toda. Ele pode ficar no primeiro dia. Amanhã, ele pode ficar bem, ele passa, faz o processo da desintoxicação, vai para as atividades. Sempre quando ele chega” (D7. 24)

“No intensivo, a pessoa ela vai melhorando aos poucos... Ela...tem um período que a situação dela está muito aguda e ela está precisando continência médica e de enfermagem mais ... à medida que ela vai melhorando, vai espaçando as atividades dela.” (D3.8)

“Se ele estiver bem, ele vai para as atividades e já se marcam um retorno” (D7.18)

“O plano terapêutico é realizado pela equipe” (D1.32)

“O atendimento é feito individual. Faço a consulta de enfermagem um por um desses pacientes” (se referia ao tabaco) (D9.39)

“Nós tentamos facilitar a vinda delas aqui num dia aqui pra que ela participe de todas as atividades” (D9. 25)

“Não tem plano terapêutico. Quem faz o plano terapêutico é o paciente. O paciente não vem aqui fazer parte do plano terapêutico” (D5.5)

“Esse paciente, ele passa em terapia, ele passa em consulta com o clínico, ele passa em consulta com a enfermagem e se necessário à consulta psiquiátrica.” (D9.42)

“Todos são vistos pelo médico, tanto pela área clínica, tanto pela psiquiatria. Todos estão ligados a uma atividade assistencial na área de psicoterapia tudo”.(D3. 14)

“Não temos bem específicos os critérios de alta ainda. A gente acha que mais os pacientes se dão às altas do que nós.” (D2.7)

“Tem os que estão melhores que ai teria uma consulta mensal, e os que estão quase em processo de alta”.(D8. 8)

“Se eu não me engano, o programa de tratamento aqui é um ano, pra dependência. O projeto é de um ano, um ano e pouco; dependendo se tem co-morbidades ou não”. (D6. 1)

“Depois de um ano, que o paciente está sem beber, sem usar droga a gente vai pensar em alta.” (D8.10)

“Quando o paciente já tem um ano de abstinência ou até mais e não consegue ficar sem remédio nenhum a gente encaminha ao posto de saúde próximo.” (D8.6)

“Trabalhar com ele a alta. Trabalhar a questão de não ter mais os benefícios que ele tinha, quando ele estava tratando”.(D8.9)

“Grupos fechado que são mais os psicoterapêuticos, né (D4.12)”

“E tem um grupo fechado o qual existe um contrato de começo meio e fim da atividade” (D4.11)

“Os abertos são aqueles grupos que o paciente vêm participa, sem nenhum compromisso, necessariamente, de voltar” (D4. 10)

“São atividades grupais, que tem desde do grupo operativo, o grupo de motivação, o grupo terapêutico propriamente dito... A gente tem grupos abertos e fechados (D4.9)”

“Grupo terapêutico de primeira fase” (D1. 38)

“Grupos terapêuticos de primeira fase o paciente... está iniciando; para o trabalho motivacional, grupo de segunda fase que aí você vai trabalhar mesmo as necessidades intrínsecas dos pacientes que são as ansiedades os medos as angustias...”.(D1. 24)

“Grupo terapêutico: os que chamam de primeira fase quando o cara esta iniciando o tratamento, e o de segunda fase quando ele já está abstinência” (D2. 19)

“Grupos operativos...grupo de motivação” (D9.16)

“Os grupos motivacionais são os pacientes que possuem dificuldades em aderir ao tratamento (D1. 25)”.

“Grupo do tabaco... ao paciente... do tabaco (D9. 38)”

“Grupos dos usuários e dependentes que precisam de uma atenção mais intensiva (D8. 7)”

“Grupo de mulheres” (D9.19)

“Tem também os grupos feitos pelos enfermeiros (D9. 15)“

“Os grupos terapêuticos que são fundamentais” (D1. 4)

“A gente que faz grupo terapêutico” (D1. 39)

*“Grupos terapêuticos que os psicólogos mais que atuam”
(D2. 11)*

“Grupos terapêuticos” (D2. 22)

*“A gente tem oficinas que chamamos de oficinas terapêuticas;
uma coisa muito nova”. (D1. 3)*

*“A oficina é um espaço terapêutico que desperta alguns
sentimentos; mas as discussões desses sentimentos são
encaminhadas ao grupo terapêutico”. (D1. 16)*

*“Oficinas a gente também considera como uma modalidade
de tratamento”. (D1. 26)*

*Têm as oficinas que são as atividades grupais com atividades
dirigidas; que são terapêuticos pela convivência com o técnico
que sabe do projeto terapêutico do paciente, que está
interagindo”. (D4. 13)*

*“Oficinas de teatro, percussão, capoeira; que são realizadas
pelosicineiros da cultura”. (D2. 13)*

*“Você aqui como enfermeira não fica só na sua função de
enfermeira, as auxiliares de enfermagem também não. Você*

pode esta acompanhando uma atividade ou uma oficina” (D2. 26)

“Temos osicineiros”. (D2, 10)

“Oficinas são vários tipos; tem trabalhos manuais; agora está tendo uma de xadrez realizada por um médico. A oficina tem um objetivo terapêutico bem definido; tem oficina de capoeira, música”. (D2. 25)

“As oficinas terapêuticas são espaços nos quais a gente faz teatro e na discussão do teatro, na construção das falas, eles vão se percebendo e vão se descobrindo. A gente estabelece algumas peças, que essas peças são escritas por eles mesmos dentro das suas histórias de vida e das suas dificuldades e facilidades” (D1. 9)

“Oficina de música. Através da melodia da letra eles resgatam a história. É possível tocar violão; é possível cantar sem precisar buscar algo que o deixe mais livre; por exemplo, uma droga que traga euforia. Ele percebe dentro dessa oficina que ele é capaz de cantar, capaz de ser feliz, capaz de fazer as recordações sem precisar das substâncias tóxicas do álcool ou de outras substâncias” (D1. 13)

“Oficina de padaria você coloca que é possível mexer na massa produzir o pão; desde do movimento da massa até o produto final que é o pão. Os pacientes se colocam como incapazes, vêm aqui pra gente resolver tudo na vida deles. Eles vão percebendo através das atividades manuais que a gente coloca o agir; o pensar; o sentir o compreender. A gente mostra que eles são capazes, eles são capazes de buscar” (D1. 11)

Nós temos algumas oficinas são mais voltadas para as mulheres” (D9. 22)

As oficinas são espaços em que a gente disponibiliza para os pacientes participarem de algumas atividades” (D1. 8)

“As oficinas são bem abertas. Você tem um contrato um compromisso, mas ela é um espaço mais aberto em que o paciente vem e volta. O espaço terapêutico é aquele espaço mais fechado é um momento em que ele coloca suas emoções, ele já sabe que ali ocorrerá um enquadramento. Nas oficinas não; ele fica muito livre pra produzir, é resgatar. É um espaço da informalidade” (D1. 15)

“Oficina de leitura eles fazem um resgate da história da alfabetização; como foram à escola quais foram às dificuldades, alguns já foram pra faculdades. Relembra é assim... Eu posso; eu posso”. (D1. 14)

“Oficina de xadrez aonde trabalha a atenção, concentração a gente pega a estratégia do jogo para a estratégia do jogo da vida”. (D1. 10)

“Oficina do fuxico é uma oficina que é subsidiada pela Associação porque você produz. Porque vai render”.(D1. 28)

“Oficina de fuxico eles fazem trabalhos manuais, produzem. Trazem o tecido, tem sempre alguém junto com eles fazendo. Isto reverte em dinheiro pra associação. Isto traz pra eles uma esperança. Você trabalha com a esperança. Eles produzem, vendem ai tem a esperança. Eu sou capaz”.(D1. 12)

“Várias oficinas. E temos a associação que eu acho super importante, é de funcionários, familiares e usuários do CRATOD”.(D9. 17)

“Benefício do paciente que é associado da associação”(D1.30)

“É um pensamento de como formar uma cooperativa” (D1. 31)

“A associação tem essa formação até de cooperativa” (D9.18)

ANEXO VI

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

Barros JFV. Metodologia da assistência de enfermagem desenvolvida com pacientes do programa de atendimento ao alcoolista. J Bras Psiquiatr 2000; 49(7): 247-254.

Carmos DR. Avaliação de um programa de alcoolismo em Universidade Pública: Enfoque na satisfação dos usuários enquanto medida de uma referência terapêutica. [tese] Ribeirão Preto, 2002.

Chamma RC, Forcella HT. O cidadão com transtorno psíquico: reflexões sobre os direitos humanos e os direitos do paciente. Rev Esc Enf USP 2001; 35(2):184-190.

Carvalho AL, Amarante P. Avaliação de qualidades dos novos serviços de saúde mental Em busca de novos parâmetros. Saúde em Debate, Londrina. Setembro1996; 52: 74-82

Citero VA, Andreolli PBA, Nogueira-Martins LA, Andreolli S. Porque é tão difícil avaliar a efetividade da interconsulta psiquiátrica [Carta aos Editores]. Ver Bras Psiquiatr 2002; 24(2): 100.

Figlie NB, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira RR. Orientação familiar para dependentes químicos: perfil, expectativas e estratégias. J Bras Psiq 1999; 48(10): 471-478.

Jóia EC. Consulta de Enfermagem: uma proposta para atendimento em ambulatório Psiquiátrico. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.

Palma M, Barros JFV, Macieira MS. Visita domiciliar: um instrumento na assistência de enfermagem ao paciente alcoolista. J Bras Psiquiatr 2000; 49 (8): 287-292.

Sawichi WC et al. Tratamento ambulatorial da síndrome de abstinência do álcool. Rev Bras Clín Terap 1998; 24(2):247-254.

Sawichi WC, Pillon SC, Dunn J, Laranjeira RR. Análise dos pacientes portadores de síndrome de abstinência alcoólica submetidos a desintoxicação ambulatorial por enfermeiras. Acta Paul Enf 1996; 9(3): 38-46.

Silva JP. O farmacodependente e a internação psiquiátrica. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.

Miller WR, Hester RK. Inpatient alcoholism treatment: who benefits? American Psychologist, v.41, p.794-805, 1986.

Laranjeira R. nicastri S. O abuso e dependência de álcool e drogas. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-koogan; 1996.