UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

SILVANA PROENÇA MARCHETTI

A inclusão social de usuários dos CAPS AD de um município paulista

Ribeirão Preto
2015

SILVANA PROENÇA MARCHETTI

A inclusão social de usuários dos CAPS AD de um município paulista

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica: políticas, saberes e práticas.

Orientadora: Profª Drª Toyoko Saeki

Ribeirão Preto
2015

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Categorização da Publicação

Serviço de Documentação de Enfermagem

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo

MARCHETTI, Silvana Proença

A inclusão social de usuários dos CAPS AD de um município paulista

89.p

Dissertação de Mestrado apresentada junto à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para fins de obtenção do título de Mestre junto ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica - nível Mestrado, do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, 2015.

Orientadora: Profa. Dra. Toyoko Saeki

1. Saúde Mental, 2.Inclusão Social, 3. Usuários de álcool e drogas

MARCHETTI, Silvana Proença

A inclusão social de usuários dos CAPS AD de um município paulista

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: ...../...../.....

BANCA EXAMINADORA

Prof.Dr._____

Instituição:_____ Assinatura:_____

Prof.Dr._____

Instituição:_____Assinatura:_____

Prof.Dr._____

Instituição:_____Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, empenham ou empenharam tempo de suas vidas para o cuidado em saúde mental.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Profa Dra Toyoko Saeki que, com grande conhecimento, ensinou-me o que eu julgava saber sobre liberdade e afeto. A ela, minha eterna gratidão, admiração e respeito.

À minha mãe, que me ensina, cotidianamente, a ser uma guerreira e buscadora de conhecimento.

Ao meu pai, que me inspira e ensina a ter coragem.

Aos meus companheiros desta caminhada, que estiveram ao meu lado: Ana C. Antonietto, Bruna Moreno, Gabrielle Toller, Heloisa Badagnan, Lis Nasser, Manuela Manaia, Mariana Borges, Milena Antonacci, Natália Campacci, Omar Elusta, Sabrina Rombach e Thais Bannwart.

Aos professores que forneceram importantes contribuições a este trabalho e em minha formação: Jacqueline Sousa, Margarita Luis, Ricardo Carvalho, Rubens Adorno e Regina Fioratti.

À Associação de Pós-Graduandos do Campus de Ribeirão Preto e seus membros, que, mesmo diante de tantas dificuldades, defendem os direitos dos pós-graduandos.

Aos CAPS AD Reviver e Independência, e todos seus profissionais, que me acolheram para esta pesquisa, e ao **CAPS AD Antônio Orlando** e todos os profissionais que me apoiaram neste trabalho, e hoje me ensinam diariamente.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e a todos os seus profissionais pela oportunidade e amizade.

EPÍGRAFE

...”porque não somos só intuição

nem só pé-de-chinelo, pé no chão

nós temos violência e perversão

mas temos o talento e a invenção

desejos de beleza em profusão

ideias na cabeça, coração

a singeleza e a sofisticação

o choro, a bossa, o samba e o violão”...

(trecho da música Ecos do Ão – Lenine)

RESUMO

MARCHETTI, Silvana Proença. A inclusão social de usuários dos CAPS AD de um município paulista. 2015. Dissertação (Mestre em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Estudo descritivo exploratório, realizado nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD Independência e Reviver -, localizados na cidade de Campinas -SP, com o objetivo de investigar a inclusão social de usuários em atendimento nestes serviços, sob a perspectiva dos profissionais que neles atuam. Esta pesquisa tem, como pressuposto, que a visão dos profissionais sobre os modelos de atenção para álcool e drogas influencia suas ações para a inclusão social dos usuários. A pesquisa foi realizada com 17 profissionais dos CAPS AD, atuantes nos locais há pelo menos três meses, sendo todos participantes voluntários. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com os participantes e observação participante, com registros no diário de campo. Com base nas informações coletadas, os dados foram organizados e analisados segundo o método de análise de conteúdo, na especificidade análise temática. A discussão fundamentou-se nos conceitos de reinserção social, trazidos pelas políticas em saúde mental e álcool e drogas, bem como nas concepções de reabilitação psicossocial de Saraceno, entre outros autores. Ainda, como parte de conceitos adotados para análise e compreensão dos resultados, recorreu-se ao conceito-processo de Sawaia sobre a "dialética da inclusão/exclusão" que, como forma de categoria de sua análise, baseia-se no sofrimento ético-político, porém aqui aplicado aos usuários de álcool e drogas. Desta forma, o processo de análise permitiu desdobramentos em três categorias temáticas: a visão do profissional sobre inclusão social dos usuários de álcool e drogas; o cuidado à inclusão social e os limites e potencialidades para inclusão social dos usuários de álcool e drogas. Da análise das informações coletadas emergiram que as percepções dos profissionais sobre inclusão social são diversas, e que o uso de uma única percepção não é suficiente para abarcar ações que sejam efetivamente de inclusão social; já sobre o cuidado dos profissionais no que se refere à inclusão social, evidenciou-se que as equipes atuantes ainda não dominam a temática, apresentando, portanto, dificuldades para identificar suas ações como sendo de inclusão social. Emergiram também limites e potencialidades para a inclusão social dos usuários de álcool e drogas apontados pelos profissionais sob três âmbitos: o primeiro seriam os fatores que dependem dos profissionais; o segundo, os aspectos que dependem da instituição CAPS AD; e o terceiro, aqueles que extrapolam a esfera da instituição CAPS AD. A pesquisa revelou ainda a influência dos modelos de assistência para usuário de álcool e drogas no posicionamento político-ideológico dos profissionais e, consequentemente, em suas perspectivas e ações para inclusão social, sendo ainda uma tema que deve ser mais amplamente discutido nas equipes, para que o cuidado em saúde mental para estes usuários seja mais qualificado.

Palavras-chave: Saúde Mental, Inclusão Social, Usuários de álcool e drogas.

SUMMARY

MARCHETTI, Silvana Proença. **Social inclusion of drug users at a Service of Psychosocial Attention and Care to alcohol and drug addiction (CAPS AD) in a city in the State of São Paulo - Brazil**. 2015. Master of Science Dissertation –College of Nursing, University of São Paulo at RibeirãoPreto2015.

This is a descriptive, exploratory work aiming at investigating the social inclusion of drug users undergoing treatment, from the perspective of the professional sat the Independence and Revival Service of Psychosocial Attention and Care to alcohol and drug users (CAPS AD) in the city of Campinas, State of São Paulo, Brazil. This work is based on the assumption that professionals' view about the models of "Attention and Care to alcohol and drugs" influence their actions towards social inclusion of users. Seventeen professionals, who work at CAPS AD for at least three months, participated voluntarily in this study. The *data* was collected through semi-structured interviews and participative observation, recorded on field diaries. The analysis was carried out with Thematic Analysis, within the theory and methodology of content analysis. We based our discussion on the concepts of Social Reinsertion in by mental health policies about alcohol and drugs, as well as concepts of psychosocial rehabilitation by Saraceno, among other authors. Still, among the concepts adopted for the analysis and interpretation of the *data*, we used the concept-process, by Sawaia, about the "dialectic of exclusion/ inclusion" which, as a form of analysis categorization, is based on the concept of ethical-political suffering, applied here to alcohol and drug users, however. Therefore, the analysis was unfolded into three categories: the professional's view about the social inclusion of alcohol and drug users; the Attention and Care to social inclusion; and the limits and potentiality to social inclusion of alcohol and drug users. The analysis shows that there are variations among professionals' perceptions about social inclusion. Also, that the use of a single perception is not enough to comprehend effective actions of social inclusion. As for professionals' procedures regarding social inclusion, it became clear that staff does not acknowledge the theme, showing difficulty to identify their own actions as of social inclusion procedures. The analysis also shows limits and potentiality of social inclusion of alcohol and drug users, pointed out by the professionals in three levels: firstly, factors depending on the professionals; secondly, aspects depending on the institution CAPS AD; thirdly, aspects which are beyond the realm the institution CAPS AD. This study also reveals the political-ideological influence of assistance models on the professionals at the Attention and Care of alcohol and drug users. Consequently, it exposes professionals' perspectives and procedures towards social inclusion. That is still a theme to be widely discussed within the teams, so that mental health care for these users improves its quality.

Key-words: Mental health, Social inclusion, Alcohol and drug users.

RESUMEN

MARCHETTI, Silvana Proenca. Usuarios de inclusión social de los CAPS AD de un municipio de São Paulo. 2015. Tesis (Maestría en Ciencias) - Ribeirão Preto Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Estudio exploratorio descriptivo, realizado en servicios de salud mental Alcohol y Drogas - CAPS AD Independencia y revivir - ubicado en la ciudad de Campinas-SP, con el objetivo de investigar la inclusión social de los usuarios del estos servicios, de la perspectiva de los profesionales que actúan sobre ellos. Esta investigación tiene como requisito previo, que la visión profesional en los modelos de atención para el alcohol y las drogas influyen en sus acciones para la inclusión social de los usuarios. La encuesta se llevó a cabo con 17 profesionales CAPS AD, vivo en locales durante al menos tres meses, y todos los participantes dispuestos. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas con los participantes y la observación participante, con registros en diario de campo. En base a la información recopilada, se organizaron los datos y se analizaron con el método de análisis de contenido, la especificidad del análisis temático. El debate se basó en los conceptos de reinserción social, traído por las políticas en materia de salud mental y alcohol y drogas, así como los conceptos de rehabilitación psicosocial de Saraceno, entre otros autores. Sin embargo, como parte de los conceptos adoptados para el análisis y comprensión de los resultados, solíamos Sawaia concepto-proceso en la "dialéctica de la inclusión / exclusión" que como una forma de clasificar su análisis, basado en el sufrimiento ético-político, pero aquí, se aplica a los usuarios de alcohol y drogas. Así, el proceso de análisis de la posible evolución en tres categorías temáticas: la visión profesional sobre la inclusión social de los consumidores de alcohol y drogas; atención a la inclusión social y los límites y las posibilidades de inclusión social de los usuarios de alcohol y drogas. El análisis de la información recogida se supo que las percepciones de los profesionales sobre la inclusión social son diversas, y que el uso de una única percepción no es suficiente para abarcar acciones que son la inclusión efectiva social; ya en el cuidado de los profesionales en materia de inclusión social, se hizo evidente que el personal que trabaja no han dominado el tema, presentando por lo tanto, difíciles de identificar sus acciones como la inclusión social. También surgido limitaciones y potencial para la inclusión social en el alcohol y las drogas mencionadas por los profesionales en tres áreas: la primera sería los factores que dependen de los profesionales; el segundo aspectos que dependen de la institución CAPS AD; y tercero, los que van más allá de la esfera de la institución CAPS AD. La encuesta también reveló la influencia de los modelos de atención para el alcohol y el consumidor de drogas en el posicionamiento político e ideológico de los profesionales y por lo tanto en su perspectiva y las acciones para la inclusión social, y es un tema que debe ser más ampliamente discutido en equipos para la atención de salud mental para estos usuarios está más calificado.

Palabras clave: salud mental, inclusión social, el alcohol y los usuarios de drogas.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....14

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS.....20

3. CONTEXTO E BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL.....29

4. OBJETIVO.....35

4.1 OBJETIVO GERAL.....36

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....36

5. PERCURSO METODOLÓGICO.....37

5.1 TIPO DE ESTUDO.....38

5.2 O CAMPO.....39

5.3 OS LOCAIS DA PESQUISA.....42

5.4 PARTICIPANTES.....43

5.5 COLETA DE DADOS.....46

5.5.1 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE.....46

5.5.2 ENTREVISTAS.....46

6. ANÁLISE DOS DADOS.....49

7. ASPECTOS ÉTICOS.....51

8. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....53

8.1 A VISÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE INCLUSÃO SOCIAL.....56

8.2 O CUIDADO À INCLUSÃO SOCIAL.....62

8.3 OS LIMITES E POTENCIALIDADES PARA A INCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS.....65

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....75

10. REFERÊNCIAS.....77

11. APÊNDICES.....82

11.1 APÊNDICE I.....83

11.2 APÊNDICE II.....84

12. ANEXOS.....86

12.1 ANEXO I.....87

12.2 ANEXO II.....88

1. INTRODUÇÃO

Em uma noite qualquer, de dia um dia qualquer, de um ano qualquer, ando pela cidade. Os carros entrelaçando-se entre as ruas a passos rápidos. No silêncio da escuridão vejo, embaixo de um comércio, já fechado pelo horário, uma mulher e dois homens - ela em pé, e eles sentados. No pouco que posso ver, cintilam duas pequenas faíscas: uma que está acessa constantemente, e outra que brilha mais forte que a primeira, porém, como um raio, surge e desaparece no breu. Quando me aproximo, sinto cheiro de pneu queimado e tabaco amanhecido. Ao fleche de luz de um farol vejo uma pequena garrafa ancorada entre as pernas de um dos sujeitos, e o seu olhar reluzente: um universo, cheio de vazios e preenchido de alívio.

Ao deparar-me pela primeira vez com a cena, sinto existir algo que ainda desconheço sobre o sofrimento e o alívio daqueles sujeitos, pois não havia qualquer indício claro de que ali havia sofrimento e, consequentemente, seu alívio. Apenas uma cena que, por alguma razão, chamou a minha atenção, e parecia ser ignorada pelos outros transeuntes e motoristas. Desde então, a imagem ficou guardada em minha memória.

Mais tarde, durante o terceiro ano do curso de graduação em bacharelado em enfermagem, tive a oportunidade de estagiar em um CAPS AD, onde pude me aproximar de pessoas muito parecidas com aquelas descritas na cena. Comecei a compreender que aqueles olhares reluzentes expressavam sofrimento e necessidade de alívio, assim configurando a polaridade sofrimento-alívio.

Parecia que o fenômeno do uso problemático de álcool e drogas iniciava sua construção em meus pensamentos, fato motivado por curiosidade e algum afeto por aqueles usuários. Ainda, passei a observar que, em qualquer serviço de saúde, como unidades básicas, ambulatórios ou enfermarias, havia a necessidade de contato dos profissionais com o sofrimento relacionado a este consumo de substâncias psicoativas, e notei que sua compreensão necessitaria de um aprofundamento sobre o fenômeno do consumo de álcool e drogas. Assim, iniciou-se meu interesse em estudar o tema.

Passei a observar também que a dualidade “sofrimento e alívio” assemelhava-se a um binômio quando se trata do uso problemático de álcool e drogas, indissociáveis e interdependentes. Mais tarde, conseguiria ver tais sentimentos presentes não apenas naqueles sujeitos descritos anteriormente, mas sim entre amigos, familiares e em diversos outros contextos aparentemente distantes da cena descrita, o que me levou a novas reflexões.

Tenho a impressão que os usuários problemáticos de álcool e drogas não são iguais entre si no que diz respeito a fatores como renda, ocupação e papel social, mas, em comum, vivenciam o sofrimento e a busca de seu alívio. O sofrimento psíquico tem diversas origens singulares; já o sofrimento, que identifico em um primeiro momento como social, diz respeito à conformação social, ou seja, um sofrimento individual com origem no social, e que pontuo como foco importante para a construção do meu objeto de estudo.

Compreender a origem do sofrimento social permite buscar formas de tratá-lo e, consequentemente, tal compreensão assume relevância para a assistência em saúde. Essa forma de sofrimento encontra-se bem descrita na conceituação de Bader Sawaia (1999) sobre sofrimento ético-polítco, a qual adotarei neste trabalho.

No livro “As artimanhas da exclusão”, Bader Sawaia (1999) discorre sobre tal conceito com base em autores clássicos como Heller, Espinosa e Vigotsky, em cujas visões de análise psicossocial da afetividade ela se fundamenta, apontando que eles consideram os fenômenos objetivos e subjetivos para análise da condição humana e, portanto, para uma perspectiva ampliada sobre o sofrimento.

Assim, Sawaia assinala que o sofrimento ético-político compõe as diferentes moléstias do corpo e da alma, as quais sonegam possibilidades da própria existência de distintas formas. Pode ser interpretado como o trato na intersubjetividade (direta ou indiretamente) em um contexto determinado pela organização social.

> Portanto, o sofrimento ético-político retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público e de expressar desejo e afeto (Sawaia,1999, pág. 104).

Ainda, para Sawaia (1999), o sofrimento ético-político representa uma categoria de análise para o que denomina “dialética da exclusão/inclusão”. Segundo ela, não se deve utilizar os termos “excluídos” e “incluídos” para se referir àqueles que estão à margem ou inseridos socialmente. Deve-se, ao contrário, considerá-lo um conceito-processo, reversível entre si, e portanto dialético.

Tal concepção faz sentido para mim e, assim, utilizarei neste estudo o termo “inclusão social” para me referir a sujeitos inseridos nos processos e relações sociais sem que haja o sofrimento ético-político. No entanto, ressalto que esta opção visa apenas facilitar o entendimento da escrita e do conteúdo teórico, apesar de considerar como conceito-processo.

Desta forma, com base no constructo teórico de Bader Sawaia, posso inferir que aqueles que fazem uso problemático de álcool e drogas estão em situação de exclusão social pelo fato de serem atingidos por um tipo de sofrimento de origem social. Tal situação os afeta psiquicamente e socialmente, exclui, e, consequentemente, os afasta de novas oportunidades de vida, por preconceito, vergonha e discriminação.

Ao iniciar a revisão da literatura sob a perspectiva do cuidado ao usuário de álcool e drogas, utilizando como foco a inclusão social, observo que as políticas de saúde sobre o tema alinham-se à expressão “reinserção social” e suas ações.

Segundo o Ministério da Saúde (2004), a reinserção social seria um dos objetivos dos serviços abertos especializados, por exemplo CAPS AD, uma vez que devem oferecer atendimento à população da sua área de abrangência, com atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, incluindo a promoção da reinserção social, mediante diversas ações relacionadas a: trabalho, cultura, lazer, esclarecimento e educação. Para tanto, está previsto que utilizem outros recursos, como do setor da educação, do esporte e da cultura, e estabeleçam estratégias para enfrentamento dos problemas identificados.

A definição de “reinserção social” também consta do Relatório Anual de 2003 sobre a Evolução do Fenômeno da Droga na União Europeia e na Noruega, realizado pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT). Nele, "reinserção social" é definida como qualquer esforço tendente a integrar os consumidores de droga na comunidade.

De acordo com Saraceno (2001), essas definições de “reinserção social” estão contidas em seu conceito de reabilitação psicossocial, pois, para ele, trata-se de processo que necessita de um conjunto de estratégias para ampliar as oportunidades de trocas de recursos e afetos. Nesse sentido, constituem eixos para potencializar a construção do contrato dos usuários: o morar (o habitar); a troca de identidades (para construção das redes sociais); e produzir trocas de mercadorias e valores (o trabalho).

A intenção de investigar a inclusão e exclusão social dos usuários de álcool e droga levou-me à busca do entendimento dos processos a elas relacionados no sentido de compreender suas dimensões.

Nessa perspectiva, Sawaia (1999) refere que o conceito de exclusão pode ser considerado “conceito mala ou bonde”, pois pode ser atribuído a qualquer fenômeno social, sem que se saiba ao certo quais os significados contidos. A autora também assinala que muitos estudiosos preferem substituí-lo por uma expressão mais precisa, embora considere que o termo seja frequentemente compreendido como sinônimo de pobreza, o que acaba minimizando a questão central que nele reside: a injustiça social (SAWAIA,1999).

Sob esta perspectiva, compreende-se injustiça social como parte da constituição da organização social capitalista, visto que, para que haja “incluídos”, é necessária a existência de “excluídos”. Assim, ainda de acordo com a autora, a sociedade exclui para incluir, e portanto, a inclusão passa a ser meramente ilusória sob o ponto de vista econômico, entretanto, todos estão inclusos, mesmo que nas insuficiências e privações (SAWAIA, 1999).

No presente estudo, proponho uma perspectiva utilizada por Sawaia, que é da ética e da subjetividade na análise sociológica da desigualdade, o que favorece um olhar amplo sobre “inclusão”, neste caso não circunscrito à necessidade de ações do Estado diante das injustiças sociais e do sistema de empregabilidade, mas sim no sentido de haver descompromisso ao sofrimento político do outro.

Apesar de utilizar a expressão “inclusão social”, refiro-me à concepção empregada por esta mesma autora, que é o termo “dialética da inclusão/exclusão”. Dessa forma, desatrelo-me da ideia de inclusão como normatização ou patronização social e me aproximo do sentir-se incluído, que se “manifesta no cotidiano como identidade, sociabilidade, afetividade, consciência e inconsciência” (SAWAIA, 1999, p.9).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS SOBRE DROGAS

A Constituição Brasileira de 1988 menciona, em seu artigo 196, o direito à saúde para todos, sendo dever do Estado garanti-lo, e considerando-o também responsável pela criação de políticas públicas e de suas aplicações. Também, o mesmo artigo estabelece que o direito à saúde deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas com o objetivo de reduzir riscos de doenças e outros agravos, e o acesso deve ser universal e igualitário para ações e serviços que favoreçam promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) teve início em 1990, com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a qual especifica as atribuições e organização deste sistema. Na época, nos anos iniciais da década de 1990, o Brasil vivenciava um atribulado contexto histórico e político, momento em que surgiram alguns movimentos, entre eles o de reforma sanitária. Característica interessante do SUS são seus princípios de universalidade, integralidade e participação social, diferentemente do observado até então nas políticas em saúde. A inclusão de tais aspectos expressa mais que uma mudança legal: uma transformação ética na atenção à saúde (PAIM et al., 2011).

Na mesma época, em 1990, agora no contexto internacional, elaborou-se a Declaração de Caracas, Venezuela, com o intuito de reestruturar a atenção psiquiátrica, de modo a substituir o modelo hospitalocêntrico vigente e propor um sistema de cuidado aos usuários dos serviços de saúde mental mais humanizado, e portanto, não excludente. Ressalta-se que as primeiras discussões para elaboração do referido documento datam de 1978, momento que coincide com os movimentos de luta antimanicomial, formados, em sua maioria, por profissionais da saúde mental que questionavam os direitos dos pacientes psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Como consequência da pressão exercida por esses movimentos, a Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, aprovada em 2001 como Lei Federal 10.216, formalizou transformações idealizadas em décadas anteriores. O objetivo era instituir um modelo de tratamento que privilegiasse a proteção e o

direito das pessoas com transtornos mentais e oferecesse tratamento de base comunitária, ou seja, não mais centrado no hospital (BRASIL, 2005).

Assim, após aprovação da Lei Federal 10.216/2001, as políticas em saúde para usuários de álcool e drogas apresentam-se mais diretivas no que diz respeito à atenção a estes usuários. Anteriormente a este marco legal, as políticas voltadas aos usuários de álcool e drogas eram atribuições das políticas judiciárias, de segurança pública ou direcionadas aos cuidados da disciplina de pedagogia e até mesmo consideradas responsabilidade de associações religiosas ou de benemerência. No âmbito da saúde mental, de forma geral, já tinham sido, na década de 1990, regulamentados serviços de saúde para substituir os hospitais psiquiátricos e observava-se a gradativa introdução de uma rede de atenção à saúde mental. Os novos serviços criados foram denominados Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleo de Avaliação Psicológica e Psicologia da Saúde e Hospitais-Dia (NAPS), porém sem especificações sobre cuidados aos usuários de álcool e drogas (BRASIL, 2005).

O contexto era propício a mudanças e outras ocorreriam. Também após a Lei da Reforma Psiquiátrica de 2001, surgiram diversas publicações oficiais que mencionavam, de forma direta ou indireta, cuidados aos usuários de álcool e drogas, como as portarias nº 336/GM/MS, de 2002, e a nº 816/GM/MS, também de 2002. A primeira delas regulamentou o funcionamento dos CAPS, incluindo CAPS específico para atendimento a usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD), e a segunda instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2002 a; BRASIL, 2002b).

Em 2003, criou-se a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Drogas, cujas diretrizes abarcam atenção integral, prevenção, fatores de proteção, necessidade de envolvimento da comunidade, família e usuários, aspectos que o CAPS AD deve buscar enquanto serviço de saúde especializado (BRASIL, 2003).

Posteriormente, em 2005, foi criada a Política Nacional sobre Drogas, responsável pela regulamentação das ações de prevenção, promoção e recuperação aos usuários de drogas. A esta, seguiram-se outras publicações oficiais: a Portaria nº1.190/GM/MS de 2009, que instituiu o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS; o Decreto nº 7.179 de 2010, que instaurou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas; ainda, a Portaria nº 3088/GM/MS de 2011, responsável por oficializar a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2005; BRASIL, 2009; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

Este delineamento das políticas em saúde mental a usuários de álcool e drogas passou a ser fundamental para a compreensão dos valores sociais atribuídos ao fenômeno do uso problemático de tais substâncias e forma como os próprios usuários percebem a política pública brasileira no que se refere à atenção conferida à sua saúde. Há ainda importantes discussões sobre a construção desta trajetória que influenciam diretamente nos modelos de atenção e, em decorrência, nas práticas em saúde mental voltadas aos usuários.

De forma geral, embora o SUS tenha ampliado o acesso aos cuidados de saúde à população brasileira, incluindo aos usuários de álcool e drogas, permanecem problemas na equidade desse direito. Há, nesse sentido, uma luta para a garantia da cobertura universal e equitativa, considerando que a participação do setor privado cresce e emergem contradições, sobretudo no que diz respeito a ideologias e objetivos - a busca do acesso universal contrapondo-se à segmentação do mercado (PAIM. et al., 2011).

Além da participação do setor privado na elaboração das políticas e sua interferência negativa nas premissas básicas do SUS no que diz respeito às políticas de saúde para usuários de álcool e drogas, existe, ainda, a complexidade que o fenômeno das drogas acrescenta a essa discussão, pois, sob uma perspectiva histórica, social e econômica, diferentes visões do

fenômeno puderam ser traçadas, fato que interfere diretamente na consolidação de modelos de atenção à saúde.

Nesse sentido, a perspectiva de modelo de atenção à saúde, de acordo com Ayres (2009, p.11), compreende se tratar da “convergência de horizontes entre diversos discursos acerca de modos de operar e gerir as tecnologias de atenção à saúde de indivíduos e populações" e que, portanto, estão inscritas em um conjunto de técnicas e arranjos tecnológicos, segundo uma circunstância histórica e social.

A amplitude e a complexidade da questão da droga e os fenômenos a ela relacionados têm gerado grande produção de conhecimentos sobre o tema e despertado o interesse de diferentes áreas, como da saúde pública e privada, neurologia, antropologia, psicologia, psicanálise, segurança pública e privada, justiça, benemerência, entre outros. Abarcar um conceito e seus fenômenos de forma única e objetiva, seria reducionista, com caráter linear, positivista. Assim, para delinear o conceito adotado no presente estudo, serão necessárias breves discussões do que se pode chamar de "droga".

No senso comum, a palavra "droga" pode ser atribuída ao nome genérico de ingredientes com aplicação na indústria farmacêutica; substância que pode modificar o estado de consciência; especiaria aromática; coisa sem qualidade; exclamação para exprimir desagrado; forma de descrever mau êxito; sendo ainda definida como "droga leve" aquela cujos efeitos são menores ao organismo, que gera habituação; e "droga dura" aquela que causa dependência e, portanto, sintomas de abstinência (DICIONÁRIO AURÉLIO, 1994).

Carlini et al. (2001) definem os conceitos de "drogas", "drogas psicoativas", “drogas psicotrópicas” e "drogas de abuso". A correlação entre elas reside no fato de serem substâncias que alteram os processos mentais, psíquicos e físicos, podendo ser: medicamentos, cafeína, tabaco, açúcar, álcool, entre outras, ou, ainda, as não sancionadas pela medicina e ou legislação (maconha, cocaína, psicodélicos, entre inúmeras outras).

Na concepção judiciária também há distinção entre o que se considera "droga" legal ou ilegal. Além disso, a legalidade das substâncias varia conforme o país e suas respectivas leis vigentes. Porém, entre tantas definições, há outra, mais apropriada para abordagem neste estudo e mencionada por Carneiro (2002, p.123): "as drogas são produtos da cultura, são necessidades humanas, assim como os alimentos ou as bebidas, podendo ter um bom ou mau uso, assim como ocorre com os alimentos". São, assim, substâncias que afetam um organismo e que também constituem necessidades humanas produzidas em uma cultura, em determinado contexto histórico. O autor acrescenta à explicação a comparação com um viciado em açúcar: seu consumo não o coloca sob risco de ser preso, mas sim de perder a sua saúde.

A discussão sobre a questão do uso de drogas é, de fato, bastante ampla. Segundo Carneiro (2002), o consumo destas substâncias é milenar e esteve presente em grande parte das culturas, com diferentes finalidades: médicas, religiosas e para fins de sociabilidade. Importante esclarecer que o autor não se refere apenas ao álcool, considerado indispensável nos ritos de cura, devoção, consolo e prazer. A diferenciação que se faz na história da humanidade em relação ao consumo reside nas distintas formas de usos e controle social.

No que se refere ao controle social, ainda de acordo com o autor, a regulamentação formal das drogas teve início no século XX, época em que algumas substâncias eram aceitas e outras não, sendo o critério para tal distinção baseado em imposições culturais e econômicas. Do mesmo modo, na contemporaneidade, o consumo de drogas, distingue-se pela forma de consumo e regulamentação, o que permite inferir, no que diz respeito à atenção aos usuários de álcool e drogas, que diferentes modelos de atenção à saúde são criados para esta população.

Para Edward Macrae (1994), quando o consumo de drogas se torna atividade predominante, raramente ocorre de modo isolado, e geralmente social. Os padrões de consumo - ou seja, quem usa, o que usa e como usa - seriam sujeitos a diferentes determinantes, tais como a disponibilidade,

tendências e padronização cultural. Assim, o uso de drogas não pode ser compreendido isoladamente de um contexto social.

Considerando a análise de Bauman (2007) sobre o atual contexto, vivemos em uma sociedade de consumo que, segundo ele, tem como premissa satisfazer os desejos humanos de uma forma que nenhuma sociedade pôde fazer. Todos os seres humanos sempre tiveram a preocupação com o consumo, mas a variedade “líquida”, como o autor menciona, é característica da modernidade. O “líquido” refere-se àquilo que não pode se solidificar, não pode manter uma forma ou permanecer em seu curso por muito tempo. Aplicando-se a metáfora, é possível afirmar que a utilidade dos objetos de consumo se perde no momento em que são usados.

O autor realiza ainda uma leitura sobre a relação do modo de produção capitalista e suas implicações práticas na contemporaneidade, na qual o mercado é responsável pelo intermédio das relações interpessoais e, consequentemente, daquelas de natureza humana estabelecidas no trabalho, no lar, no público e no privado. Considera também que, ilusoriamente, acredita-se que boa parte dos problemas desta ordem se resolva pela satisfação de desejos de consumo insaciáveis, sempre individuais. Nesse sentido, o consumismo não é a realização dos desejos, mas a incitação da vontade por novos interesses.

Xavier (2008) também aborda aspetos pertinentes à sociedade atual e acredita que nela abandonamos a maioria dos ritos iniciatórios. Além disso, a busca do prazer imediato e a baixa tolerância a frustrações podem, segundo ele, explicar o aumento do consumo problemático de drogas na contemporaneidade. Acrescenta que há conflitos inerentes à própria existência humana, e que a necessidade de alívio instantâneo acaba sendo a saída para tantas possíveis angústias, assim distanciando-se da opção de transcender-se ou transformar-se.

Tal dificuldade de permitir espaço é por ele associada a outros diversos transtornos relacionados a impulsos, como a falta de controle em apostas e jogos de azar, em práticas físicas, comer, trabalhar ou fazer sexo, bem como

em tantas outras ações que provocam alterações fisiológicas e propiciam sensações de prazer em nossa cultura.

Diante do exposto, é possível inferir que o consumo problemático de álcool e drogas está intimamente relacionado com a forma como nos organizamos socialmente. Atualmente, nossa organização baseia-se no modo de produção capitalista, que sincroniza com os movimentos individuais e compulsivos de satisfazer os desejos o mais rápido possível e não sentir a dor, seja ela qual for. A droga, neste contexto, pode ter o efeito anestésico (Xavier, 2008) de uma vida líquida (Bauman, 2007).

Há, portanto, evidente necessidade de contextualizar e compreender o consumo problemático do álcool e drogas de modo a não estigmatizar o usuário, ou seja, não culpabilizá-lo, embora, para alguns, esta postura possa sugerir “compactuação com o uso”.

No que se refere a esta ponderação, Macrae (1994) menciona existir significativa estigmatização sobre as drogas e seus usuários. Para ele, a ausência de um debate público e a repetição de uma ideia falsa, preconceituosa e autoritária sobre as drogas e seus usuários reduzem os reais problemas estruturais da sociedade. Manter esta situação, por sua vez, seria útil à sociedade, visto que auxilia na manutenção do *status quo,* ainda que aumente a marginalização dos usuários. Assim, impõe-se, para o autor, um distanciamento na construção de um modelo atenção à saúde ao usuário de drogas que seja isento de ações que os marginalizem e ou excluam socialmente.

Atualmente, os modelos de atenção à saúde para usuários de álcool e drogas no Brasil, segundo Alves (2009), são embasados em dois principais paradigmas: o proibicionista e da abordagem de redução de danos. Está entre os objetivos do primeiro a redução da oferta e da demanda de drogas, por meio de intervenções de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas. Já os objetivos que permeiam a segunda abordagem são: promover ações orientadas para minimização dos danos à

saúde, sociais e econômicos relacionados ao consumo de drogas, sem prioritariamente coibi-las.

Sob a perspectiva proibicionista, a autora ainda acrescenta a existência de dois submodelos que explicam as questões do consumo das drogas: um moral/criminal e o outro de doença. Assim, este modelo de atenção à saúde aos usuários de drogas baseia-se, em ambos os casos, na abstinência - ou seja, eliminar o consumo das drogas. Considera-se tal abordagem de alta exigência e, para colocá-la em prática, seria necessário agir de modo autoritário nas intervenções e criminalizando o usuário.

Já na construção dos modelos de atenção à saúde aos usuários de drogas baseados no posicionamento da redução de danos, parte-se do princípio de que o consumo de drogas sempre esteve e sempre estará presente na história da humanidade, e que seu consumo problemático, por sua vez, é um problema da saúde pública (ALVES,2009).

Apesar da ampla discussão sobre os modelos de atenção à saúde aos usuários de álcool e drogas, não restrita ao contexto brasileiro, noto ainda não haver consenso, apesar do modelo proibicionista já ser considerado um fracasso, como refere Sodelli (2010).

3. CONTEXTO E BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE MENTAL

No contexto da cultura ocidental, a loucura, segundo Pessoti (1994), era consequência da ação dos deuses sobre um humano. Assim, se alguém teimasse em se aproximar de alguma característica sub-humana, certamente ficaria cego, sem razão, e, portanto, como se estivesse em um estado provisório, tornaria-se louco.

No livro “História da Loucura”, de Michel Foucault (1997), o louco, assim denominado pelo autor, era excluído do convívio social, pois um indivíduo com determinadas características consideradas insanas não possuía utilidade social ou não propiciava segurança aos cidadãos.

Segundo o mesmo autor, em seu livro “Vigiar e Punir”, o século XVIII foi marcado pela ascensão da burguesia, o fortalecimento do modo de produção capitalista e, consequentemente, seus valores e sua moral são focalizados em obtenção de riquezas pela individualidade e mudança das relações de poder. Segundo Foucault, esta mentalidade passa a produzir uma nova tecnologia de poder: a disciplina (FOUCAULT, 1974).

Neste mesmo livro, o autor refere-se ao século XIX como o momento em que, ainda sob a mesma perspectiva de disciplinar, tornava-se necessário exilar doentes e os loucos. Todavia, mantê-los em constante observação constituía uma forma de garantir seu poder sobre eles, e assim, assegurar as forças sociais de aumento de produção, desenvolvimento da economia, bem como a disseminação da instrução e elevação do nível da moral pública.

No período pré-colonial no Brasil, segundo Costa-Rosa relatou na obra “Marcos Históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira”, no século XIX, os loucos faziam parte da paisagem das cidades e, portanto, ainda não eram internos de hospícios (COSTA-ROSA, 2000).

Ainda neste mesmo século, em meados de 1830, época de inauguração de hospícios e fortalecimento da psiquiatria científica, formaram-se os projetos estatais de controle social, baseados em isolamento, vigilância, regulação de tempo e repressão. Tais modelos caracterizam o modelo asilar, segundo Pinel e Esquirol, e são embasados pela proposta de assistência à saúde

hospitalocêntrica e medico-centrada, e, portanto, curativa (COSTA-ROSA, 2007).

Posteriormente, assim como ocorreu em outras áreas do conhecimento, a psiquiatria brasileira, em meados de 1923, passou por importantes modificações na assistência em saúde mental, com ideias de cunho preventivo e educativo que, para Costa-Rosa (2007), se relacionam com primeiro movimento da psiquiatria social, liderado pelo psiquiatra Ulisses Pernambucano. Considerando todos os processos políticos, sociais e econômicos para a configuração de uma nova forma de se pensar o cuidado aos loucos, Costa-Rosa destaca a Reforma Psiquiátrica, junto com a Reforma Sanitária, sendo a primeira encorajada pelo movimento antimanicomial que difundia a frase: a liberdade é terapêutica.

Assim, a reformulação de uma atenção à saúde de forma geral, no contexto da nova Constituição Federal de 1988, prioriza inovadores princípios ético-doutrinários, como universalidade, equidade e integralidade, sendo esses organizados de forma descentralizada, hierarquizada e com a participação popular. Com esta nova organização nacional, fruto de movimentos sociais e discussões internacionais, constituiu-se o Sistema Único de Saúde.

Neste momento, o Brasil, sob influência da psiquiatria democrática italiana, do movimento de antipsiquiatria, da reforma psiquiátrica comunitária nos Estados Unidos, instaurou novas formas de oferecer assistência e cuidados aos loucos ou, segundo Costa-Rosa, aos “sujeitos em sofrimento”.

Também foram importantes para o início de novos olhares sobre os “sujeitos em sofrimento” e seus cuidados os avanços tecnológicos medicamentosos e a psicanálise. No entanto, a maior conquista foi atentar para a perspectiva de sujeitos como cidadãos, detentores de uma história própria e subjetividade singular, merecedores de cuidados e respeito, com consequente valorização de sua reinserção no mercado de trabalho, na comunidade e na família, aspectos que, no Brasil, se tornariam lei, aprovada em última instância em 2001, pela Lei da Reforma Psiquiátrica 10.2016 (COSTA-ROSA, 2007).

No entanto, apesar dos inúmeros mencionados avanços para a consolidação de um cuidado em saúde mental baseado na atenção psicossocial, tendo como marco a Lei da Reforma Psiquiátrica, o modelo de atenção hospitalocêntrico e asilar ainda se encontra permeável a questões sociais e da saúde na comunidade (COSTA-ROSA, 2000).

Esta resistência não é, todavia, aspecto negativo no que diz respeito aos avanços da assistência em saúde mental, pois existem políticas atuais que embasam os cuidados e atenção à saúde mental voltadas ao indivíduo dotado de direitos. Trata-se, no entanto, de uma busca incessante nas práticas e da conquista de novos saberes para outras possibilidades de concepções e formas de aplicar tais políticas. Nesse sentido, uma política capaz de contemplar o cuidado baseado no modelo de atenção psicossocial é a da redução de danos.

As práticas psicossociais consideram o sujeito em sofrimento, seja este de natureza psíquica ou ético-política (SAWAIA,1999), reposicionando-o no fenômeno da loucura, ou seja, oferecem oportunidades que permitem um novo olhar ao seu sofrimento, como agentes implicadores dele e de suas próprias mudanças. Da mesma forma que Sawaia trabalha com o conceito de inclusão social, Costa-Rosa o enfatiza, porém propondo a “reinserção social do indivíduo” com ênfase nas formas de recuperação da cidadania e, para tanto, um cuidado oferecido por diversos grupos profissionais interligados (COSTA-ROSA, 2000).

Acresce-se a este cenário o fato dos “sujeitos em sofrimento” encontrarem-se em situação de marginalização social, face ao estigma histórico já mencionado, e, ainda, em virtude da própria saúde mental ser, muitas vezes, negligenciada quando pensamos em saúde pública de forma mais abrangente (SILVEIRA, 2012). Essa autora refere ainda que, além da notória negligência no campo da saúde de forma mais abrangente sobre a saúde mental, há um grande desafio a ser enfrentado: relacionar a saúde mental à saúde coletiva, em um âmbito mais amplo. Acresce-se que a desassociação desses saberes pode ser vista tanto nas práticas de saúde em

nosso cotidiano quanto nas políticas públicas nacionais. Segundo a autora, embora tal situação permaneça, a Organização Mundial da Saúde e a Declaração de Caracas ainda acreditam nessa aproximação e traçam premissas para estas ações.

Observa-se, portanto, que o caminhar da saúde mental na história do Brasil e do mundo é permeado por momentos tortuosos e processos que tangenciam a integração da saúde mental à saúde coletiva. Entretanto, há atualmente um movimento mais consistente e persistente desta concepção, pois unem-se ideias que, em sua origem, sob uma perspectiva lúcida da questão, nunca estiveram desassociadas.

Olhar para o passado evidencia conquistas, mas, também, significativos equívocos. O imoral do século XVIII, por exemplo, considerado louco, não foi visto como sujeito de sofrimento, pois seu contexto histórico, cultural, social assim não permitiu. Atualmente, no entanto, faz-se necessário atentar para as questões de saúde de forma a não reduzi-las. O desafio reside em abarcar toda sua complexidade, que já ela é evidente tanto para aqueles que produzem o conhecimento quanto para os que dele usufruem.

Assim, vincular tantas esferas de saberes e considerá-las fenômenos intrínsecos uns aos outros constitui importante passo para a construção de novos saberes em saúde mental e saúde pública. Do mesmo modo, para a produção de ações de atenção à saúde mental que visem à integralidade do sujeito de sofrimento, ou "usuário do serviço", são necessários novos saberes, atrelados anteriormente a uma perspectiva de cidadão de direitos, neste caso não apenas o cidadão com poder de consumo, mas produtor de conhecimento e história.

Diante do exposto e com base nas leituras realizadas a respeito das políticas de saúde sobre drogas, observo algumas contradições no que diz respeito a uma ideologia da atenção psicossocial aos usuários de drogas. No Brasil, apesar de vigorarem políticas de saúde voltadas à redução de danos, ainda há um posicionamento proibicionista, que possibilita a abertura de

diferentes formas de atuação no campo da saúde, em especial aquelas realizadas para o cuidado do usuários de drogas.

A este respeito, o Ministério da Saúde (2007) reconhece haver uma lacuna no que diz respeito às políticas públicas de saúde sobre drogas, assim atribuindo-se a responsabilidade pela questão a instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência e associações religiosas, o que propiciou a disseminação de uma prática predominantemente medicamentosa, disciplinar e de cunho religioso. Prevalece, neste contexto, o modelo de tratamento exclusivamente voltado à abstinência, o que contribui para reforçar o isolamento social e o estigma associado ao uso de álcool e drogas.

Além disso, o mesmo documento refere que “o consumo indevido de drogas”, assim como o tráfico das mesmas, provoca graves problemas ao país, pois muitas pessoas encontram-se envolvidas e afetadas, gerando custos sociais e econômicos. Para reduzir os danos, o governo assinala a necessidade de intervenções de políticas que possibilitem a diminuição destes custos por meio da “redução do consumo indevido” (BRASIL, 2009). O problema, entretanto, novamente reside no fato da diminuição do consumo indevido relacionar-se a uma lógica proibicionista do consumo de drogas.

Na história das políticas sobre drogas e, portanto, considerando-se o histórico de sua regulamentação oficial, internacionalmente, ocorrem movimentos proibicionistas, relacionados diretamente ao modelo de atenção à saúde aos usuários de drogas. Para este grupo, há necessidade de redução da oferta e da demanda de drogas por meio de intervenções de repressão e criminalização da produção, do tráfico, do porte e do consumo de drogas ilícitas. Opera-se, portanto, em oposição ideológica à da redução de danos, que propõe intervenções para minimizar os danos à saúde, sociais e econômicos eventualmente relacionados ao consumo problemático de álcool e drogas (ALVES, 2009).

Portanto, quando há o interesse de políticas em saúde que promovam a “redução do consumo indevido”, abrem-se brechas a intervenções de cuidados em saúde proibicionistas, ou seja, o consumo deve ser utopicamente extinto,

sendo necessários, para tanto, investimentos em ações de repressão e criminalização do usuário. Desta forma, evidencia-se que tal posicionamento pressupõe a necessidade de eliminação do usuário e não do cuidado a ele, a partir de seus desejos de projetos de vida. Por esta razão, é possível afirmar que a “redução do consumo indevido” está contida na lógica de “guerra contra as drogas”.

A partir destas reflexões, questiono-me sobre as práticas em saúde mental aos usuários de álcool e drogas no que diz respeito à inclusão social dessas pessoas. No presente estudo, assumo o pressuposto de que a perspectiva dos profissionais sobre inclusão social dos usuários expressa quais modelos de atenção para usuários de álcool e drogas fundamentam suas práticas e, consequentemente, sua perspectiva político-ideológica sobre o fenômeno de álcool e drogas.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL

Investigar a inclusão social de usuários em atendimento nos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, localizados no município de Campinas - SP, sob a perspectiva dos profissionais.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever as ações realizadas pelos profissionais dos CAPS AD.

Identificar as ações que favorecem a inclusão social dos usuários destes serviços.

Identificar os limites e potencialidades institucionais para a inclusão social dos usuários destes serviços.

5. PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa dos dados, em virtude da natureza do objeto de estudo e objetivo proposto.

Para investigar a perspectiva dos profissionais sobre inclusão social de usuários de álcool e drogas, optei por um método qualitativo da pesquisa social em saúde, pois o objeto deste estudo é histórico, e, portanto, mutável no espaço e tempo, o que pode sofrer transformações de acordo com seu contexto (MINAYO, 1994).

A pesquisa qualitativa trabalha com processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis, e que, portanto, considera os significados, valores, atitudes e crenças. Desta forma, não interessa quantificar o fenômeno, mas compreendê-lo e explicá-lo na dinâmica das relações sociais. Trabalha, para tanto, com a compreensão da vivência, experiência, contidianeidade, estrutura e instituições como resultados das ações humanas (MINAYO, 1994).

Sob essa lógica, Minayo (1994) orienta o “ciclo da pesquisa” - mais precisamente visto como um espiral imaginário - sendo este o processo de trabalho do pesquisador, que se inicia com uma pergunta e finaliza com um produto provisório, que dará origem a novas indagações. Desta maneira, este estudo segue este processo, iniciado com uma fase exploratória, que foi a dedicação preliminar às questões relacionadas ao objeto de estudo, posterior levantamento dos pressupostos, escolha da metodologia e planejamento para o trabalho de campo.

Para a realização deste recorde empírico, cuja constituição teórica será descrita neste estudo, estabeleci, segundo orientação de Minayo (1994), a combinação de entrevistas semiestruturadas, observação participante e documentos bibliográficos que confirmaram meus pressupostos, de forma a conferir sequência a esta pesquisa.

O tratamento do material coletado em campo foi subdividido, classificado e preparado para a análise, que será posteriormente detalhada. Assim, confrontou-se a abordagem teórica anteriormente descrita com o investigado em campo (MINAYO, 1994).

5.2 O CAMPO

O presente estudo foi realizado na cidade de Campinas, interior do estado de São Paulo, localizada a 100 km da capital. O município, com 260 anos, passou por diversos momentos da história brasileira: indígena, colonial, imperial e republicana. A população estimada é de pouco mais de 1 milhão de habitantes, em uma área de aproximadamente 800.000 km2 (IBGE, 2014).

A escolha desta cidade deve-se ao reconhecimento do município no campo da saúde/saúde mental, pelo pioneirismo na efetivação dos novos modelos de atenção e de gestão em saúde, como a implementação do SUS, mais tarde dos CAPS, e nas práticas de redução de danos, adotadas em 2001 (JANUZZI et al, 2014).

A atenção à saúde na cidade é regionalizada, dividida em cinco distritos a partir da localização geográfica dos bairros a que pertencem: Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste.

A atenção à saúde mental em Campinas conta com a parceria do Serviço Dr. Cândido Ferreira, localizado no distrito leste da cidade. Em 1990, firmou-se convênio de congestão da Prefeitura Municipal com o Sanatório Dr. Cândido Ferreira. Este sanatório, fundado em 1924, prestava cuidados a pessoas com algum transtorno mental, segundo a lógica manicomial da época. Hoje, ainda é possível ver grande parte de sua estrutura física e arquitetônica.

Após uma crise financeira e influência dos movimentos antimanicomiais, o serviço buscou apoio da prefeitura municipal para que pudesse continuar funcionando. Na época, convênio foi firmado entre a prefeitura e o Sanatório

Dr. Cândido Ferreira por meio da Lei 6. 215 de maio de 1990, também conhecida como Lei de Cogestão que, em seus artigos 1º e 2º, estabelecia:

> *Art. 1º - Fica o Poder Executivo autorizado a firmar convênio com o Sanatório "Dr. Cândido Ferreira", visando o funcionamento e o gerenciamento comum de suas atividades, nos termos do instrumento de convênio o qual faz parte integrante esta lei, rubricado pelo Prefeito Municipal e pelo Presidente da Câmara Municipal.*
>
> *Art. 2º - O convênio tem por objetivo a administração conjunta do Sanatório "Dr. Cândido Ferreira" que passa a se integrar ao Sistema Municipal de Saúde e atender a clientela universalizada. (FONSECA, 2015).*

A partir de então, originou-se o Serviço Dr. Cândido Ferreira que estabeleceu um Estatuto e um Conselho Diretor composto por representantes da sociedade civil, da prefeitura e do Estado. Atualmente, o serviço presta assistência à saúde mental a todo município de Campinas, e o atendimento dirige-se, exclusivamente, ao SUS.

Entre os serviços de saúde geridos pela instituição estão: seis CAPS do tipo III (com funcionamento de 24 horas, com oito leitos); dois CAPS AD II (com funcionamento em período diurno); um CAPS AD do tipo III (com funcionamento de 24 horas, com oito leitos); dois CAPSi do tipo II (com funcionamento em período diurno); uma equipe de Consultório de Rua; vinte e sete Residenciais Terapêuticos (com aproximadamente cento e cinquenta usuários); Unidade de Acolhimento Transitória (UAT); Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT); Casa das Oficinas (com aproximadamente trezentos e cinquenta usuários); cinco Centros de Convivência; um Ponto de Cultura, "Maluco Beleza" e o Núcleo de Retaguarda (com setenta e dois leitos psiquiátricos) (FONSECA, 2015).

Todos esses serviços atendem, aproximadamente, sete mil usuários por mês, cujos atendimentos são realizados por profissionais das áreas: saúde, higiene, segurança, serviços gerais, secretaria, transporte, administrativo e de

gestão; sendo grande parte deles contratada pela instituição, por meio de processo seletivo.

Os serviços citados compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Campinas que, segundo a Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, tem como propostas a ampliação e a promoção do acesso à atenção psicossocial, o que inclui as necessidades dos usuários de drogas; e ainda, articulação e integração das redes de saúde do território, sendo esta uma forma de investir na qualificação do cuidado, além de fazer parte do arcabouço político-ideológico com o qual o SUS prescinde (BRASIL, 2011).

Cabe ressaltar que, no caso de necessidade de internação, além de contar com leitos do Núcleo de Retaguarda, as internações são realizadas em hospitais gerais, como o Hospital Ouro Verde.

Desta forma, os CAPS constituem as principais estratégias do processo de reforma psiquiátrica e a elas associadas encontram-se as ferramentas para ações em saúde mental utilizadas na atenção básica e nos serviços residenciais terapêuticos (estimulados pelo programa De Volta para Casa), além da abertura de leitos em hospitais gerais, como já referido (BRASIL, 2004).

Os CAPS são serviços que apresentam a proposta do cuidado à população que necessite de atenção em saúde mental, em um patamar mais específico, no âmbito de seu território. Apresentam algumas diferenças de acordo com a sua especificidade e abrangência populacional. A depender do tipo de CAPS, há um número mínimo de recursos humanos. Entre as especificidades, estão os CAPS voltados ao atendimento a crianças e adolescentes (CAPSi), o CAPS I, II e III para atendimento à população adulta que necessite de cuidados em saúde mental, sendo sua diferenciação numérica norteada pelo tamanho da população de abrangência e, consequentemente, número de profissionais e período de funcionamento (sendo o CAPS III, 24 horas), e o CAPS Álcool e Drogas, que corresponde ao cuidado de usuários de drogas, que ainda se diferencia entre CAPS AD e CAPS AD III, a mesma descrita acima (BRASIL, 2002).

Os CAPS seguem os atuais direcionamentos da Política de Saúde Mental, pois têm papel estratégico na organização da rede comunitária de cuidados, que desenvolve ações como projetos terapêuticos e comunitários; dispensação de medicamentos; encaminhamento e acompanhamento dos usuários que moram em residências terapêuticas; faz assessoria e retaguarda das Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, além de atendimentos domiciliares e matriciamento (BRASIL, 2004).

Como já referido, em Campinas existem três Centros de Atenção Psicossocial destinados a usuários de drogas e, para a realização desta investigação, foram selecionados os CAPS AD III Reviver, que atende aos moradores das regiões Norte e Leste, e o CAPS AD II Independência, que atende a região Sul.

5.3 OS LOCAIS DA PESQUISA

O CAPS AD III Reviver está localizado em um dos bairros mais tradicionais e nobres da cidade, denominado Taquaral. Por ser do tipo III, o atendimento é feito diariamente e durante 24 horas. A equipe é composta por cinquenta funcionários lotados nas seguintes funções: auxiliar de limpeza, artista plástico, assistente administrativo, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, enfermeiro, redutor de danos, vigia, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico, farmacêutico, técnico em farmácia e coordenador do serviço.

Funciona em duas casas alugadas, com vários cômodos, sendo que em uma delas são oferecidas atividades no período das 7 às 19h e, na outra, ficam os oitos leitos para internação, e seu funcionamento é das 19 às 7h. Esta última é também responsável pelo atendimento aos fins de semana, exclusivamente para os usuários que se utilizam deste serviço.

O CAPS AD II Independência localiza-se no bairro São Bernardo, situado próximo a rodovias de acesso à cidade. A casa também é alugada e adaptada para o funcionamento do serviço de saúde e o atendimento ocorre das 7 às 19 horas. Também compõe o CAPS a Unidade de Acolhimento Transitório (UAT), instalada em uma casa nas proximidades do serviço. Esta unidade conta com dez leitos e recebe usuários dos diferentes serviços da rede de saúde mental que necessitam de um espaço residencial temporário, cuja permanência é de, no máximo, seis meses.

Conta com uma equipe de vinte e dois profissionais: auxiliar de limpeza, assistente administrativo, técnico de enfermagem, enfermeiro, redutor de danos, vigia, psicólogo, terapeuta ocupacional, farmacêutico e coordenador do serviço. Ressalta-se que, no período da coleta de dados, não havia médico no serviço.

Os CAPS AD III Reviver e CAPS AD II Independência oferecem atividades dentro e fora do espaço do CAPS, como oficinas terapêuticas; acompanhamento terapêutico; atendimento individual, em grupo e familiar; atividades na ambiência; matriciamento; discussões de caso; reuniões e visita domiciliar. São realizadas ainda outras atividades vinculadas à rede de saúde do município.

5.4 PARTICIPANTES

A pesquisa foi realizada com 17 profissionais de nível superior e médio que atuam na atenção à saúde direta aos usuários, e concordaram em participar mediante assinatura ao termo de consentimento livre e esclarecido. O critério de inclusão foi que os entrevistados tivessem vínculo como o serviço há pelo menos três meses. Vale lembrar, que com base neste critério, apresentaram-se, no total, 39 profissionais do CAPS AD Reviver e 20 do CAPS AD Independência.

No quadro a seguir, apresento, de forma resumida, as características sociodemográficas dos participantes, distinguindo os serviços:

CAPS AS REVIVER

Idade	Naturalidade	Estado Civil	Formação	Cargo ou função	Tempo de trabalho no serviço	Experiências anteriores em saúde mental
27	Itapira-SP	Divorciado	Ensino médio completo	Técnico em enfermagem	7 meses	Sim
36	Campinas-SP	Solteiro	Ensino Superior Completo	Monitor de artes (artista plástico)	3 meses	Sim
27	Campinas-SP	Casada	Ensino Superior Completo	Enfermeira	2 anos e meio	Sim
40	Joinville- SC	Casado	Ensino Superior Completo	Médico Psiquiatra	10 meses	Sim
24	Campinas-SP	Solteira	Ensino Médio Completo	Agente de Ação Social (Redutor de Danos)	2 anos e 10 meses	Não
33	Campinas - SP	Solteira	Ensino Superior Completo	Psicóloga	7 meses	Sim
31	Americana - SP	Casada	Ensino Superior Completo	Psicóloga	1 ano e 1 mês	Sim
27	Santa Rita do Passa Quatro -SP	Solteira	Ensino Superior Completo	Psicóloga	4 meses	Sim

CAPS AD INDEPENDÊNCIA

Idade	Naturalidade	Estado Civil	Formação	Cargo ou função	Tempo de trabalho no serviço	Experiências anteriores em saúde mental
32	Caçapava – SP	Casada	Ensino Superior Completo	Psicóloga	5 anos	Sim
26	Machado-MG	Casada	Ensino Superior Completo	Terapeuta Ocupacional	1 ano e 6 meses	Sim
45	São Paulo-SP	Casado	Ensino Superior Completo	Educador Físico	1 ano e 5 meses	Sim
35	Campinas-SP	Solteira	Ensino Médio Completo	Técnica em farmácia	7 anos	Sim
24	Limeira-SP	Solteira	Ensino Superior Completo	Assistente social	4 meses	Não
40	Campinas-SP	Solteira	Ensino Médio Completo	Agente de Ação Social (Redutor de Danos)	4 anos e meio	Não
43	Mogi Mirim-SP	Solteira	Ensino Médio Completo	Agente de Ação Social (Redutor de Danos)	1 ano	Não
42	General Salgado- SP	Divorciado	Ensino Médio Completo	Técnico de enfermagem	1 ano	Sim
28	Campinas-SP	Solteira	Ensino Superior Completo	Terapeuta Ocupacional	3 anos	Sim

Considero que a inclusão social de usuários de álcool e drogas pode ser vista por diversas perspectivas, sendo elas: usuários dos serviços e seus profissionais, por instituições públicas e ou privadas, e pela sociedade, de forma geral. Porém, são os profissionais dos serviços CAPS AD que estão ligados diretamente ao cuidado específico a esta população, aos processos de trabalhos adaptados a esta lógica, e situados em uma posição estratégica para possíveis análises sobre a complexidade que o fenômeno das drogas compreende. Assim, tais profissionais estão diante da realidade dos usuários de álcool e drogas e seus fenômenos, instrumentalizados para o cuidado, porém podendo compreendê-lo sob diferentes perspectivas político-ideológicas no que diz respeito à especificidade deste tipo de atendimento.

5.5. COLETA DE DADOS

5.5.1 Observação participante

A técnica utilizada para que pudesse acessar o fenômeno estudado foi a observação participante, visto que possibilita ao observador – ainda que sendo parte do contexto observado – captar uma variedade de situações não passíveis de serem assimiladas durante as entrevistas, pois transmite o peso do que não pode ser revelado da vida real. Neste caso, tratando-se de um serviço dinâmico como o CAPS AD, optei pela observação participante, compreendendo que seria improvável, e até mesmo indesejável, um distanciamento entre o observador e o objeto a ser observado (MINAYO, 2008).

A observação participante foi realizada durante os meses de setembro a novembro de 2014 nos dois serviços, o que totalizou uma carga horária de, aproximadamente, 396 horas, de segunda a sexta-feira, negociadas com os serviços durante os primeiros contatos com as equipes.

Para o registro da observação participante, utilizei um diário de campo, no qual todas as experiências vivenciadas foram registradas: os horários de permanência no serviço; a descrição de relatos que detalham seu funcionamento; e as impressões sobre as atividades ali realizadas.

5.5.2 Entrevista

No mesmo período da observação participante, realizei as entrevistas no espaço do CAPS, em dias e horários agendados de acordo com a disponibilidade dos participantes. Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, bem como sua transcrição.

A entrevista semiestruturada foi escolhida como segunda técnica de coleta de dados desta pesquisa, pois possibilita, por uma comunicação verbal de dados objetivos e subjetivos, com o uso de um instrumento diretivo, direcionamento preciso quanto aos objetivos, porém com abertura para questões que extrapolem as propostas prévias (MINAYO, 2008).

Para a entrevista, elaborei um roteiro com três questões norteadoras: quais são suas atividades neste serviço e como são realizadas?; descreva, entre suas ações, quais favorecem a inclusão social do usuário deste serviço; quais são os limites e as potencialidades do CAPS AD para a inclusão social do usuário deste serviço? (APÊNDICE I).

No início da entrevista realizei uma leitura conjunta como o entrevistado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II).

Durante os relatos, pude verificar que alguns profissionais referiram sentir-se acolhidos e ouvidos sobre suas angústias em trabalhar em um serviço que, para os profissionais da saúde de modo geral, é conhecido como “clínica da frustração”. Esta expressão para se referir ao modo de cuidar do usuário de álcool e droga pelos trabalhadores destes serviços decorre das dificuldades em trabalhar com esse público, considerando não haver, conforme pude observar, uma conduta padronizada para cada queixa, o que, para alguns, gera angústia.

Portanto, o espaço da entrevista, além de um local organizado para a coleta de dados, revelou-se, para alguns profissionais, um espaço de escuta e cuidado, já que o conteúdo das questões norteadoras os incitou a refletir sobre suas práticas e os sentimentos a elas relacionados.

Os informantes foram identificados por letras A e B, e por número que corresponde à sequência das entrevistas, a fim de assegurar o anonimato.

6. ANÁLISE DOS DADOS

Após as entrevistas, as mesmas foram transcritas e organizadas separadamente. Procedi ainda à distinção do registro de transcrição das entrevistas do CAPS AD III Reviver, CAPS AD II Independência e ao registro das observações contidas no diário de campo.

Optei, como método de análise dos dados, pela análise temática de conteúdo de Minayo (2008); essa forma de análise extrapola o senso comum e o subjetivismo na interpretação de uma entrevista transcrita de forma sistematizada, a fim de revelar as relações que estão além das falas propriamente ditas.

A análise temática, sendo uma das técnicas da análise conteúdo, foi descrita por Minayo (2008), referenciando-se aos autores Bardin (1979) e Habermas (1987). Segundo a autora, esta análise permite a descoberta dos núcleos de sentidos na comunicação, e sua presença ou frequência podem gerar significados para o objetivo da análise. No caso desta pesquisa, o fenômeno estudado é a inclusão social de usuários de álcool e drogas e a análise dos núcleos de sentidos, ou seja os temas, ocorreu por meio do movimento dialético entre a interpretação das entrevistas e o contexto histórico e sociocultural em que elas foram produzidas (MINAYO, 2008).

Segundo Minayo (2008), baseando-se em Bardin (1979), há três fases para o desdobramento da análise, a saber: pré-análise, que consiste na escolha dos documentos e retomada dos objetivos, de forma a criar algum indicador que confira unidade ao contexto; já na segunda etapa, que seria a da exploração do material, ocorre a transformação dos dados brutos em um tema, ou frase que orientará a análise. Na terceira e última etapa, que se refere ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação, é o momento em que há a relação com o quadro teórico.

7. ASPECTOS ÉTICOS

Para o desenvolvimento desta pesquisa, solicitei autorização ao Serviço Dr. Cândido Ferreira, especificamente ao Cândido Escola, responsável pela aprovação de pesquisas nos serviços. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP), sendo aprovado em 27 de maio de 2014 (ANEXO I), tendo sido respeitadas as normas relativas às pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com os dispositivos da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, sua participação na pesquisa foi voluntária e sua identidade protegida por sigilo. Puderam ainda manifestar sua concordância em participar da investigação, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O TCLE foi elaborado em linguagem clara e objetiva, e buscou informar aos participantes sobre os objetivos do estudo, as técnicas de coleta de dados a serem utilizadas (observação participante e entrevistas), e os possíveis riscos e benefícios, bem como outras informações. Os termos foram assinados pelos participantes e pela pesquisadora, em duas vias, e entregue uma cópia a cada depoente.

8. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base na técnica de análise temática realizei a leitura atentiva dos dados coletados por meio da observação participante e das entrevistas semiestruturadas, com o intuito de apreender o conteúdo e a lógica de cada entrevista. Após, procedi a uma nova leitura dos documentos, na busca de núcleos de sentidos para a construção dos temas, seguida da contextualização a partir das referências utilizadas neste estudo e da produção de tais dados neste contexto sociocultural, tendo em vista o objetivo deste estudo: investigar a inclusão social de usuários em atendimento nos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, localizados no município de Campinas - SP, sob a perspectiva dos profissionais.

Os profissionais dos CAPS AD estudados, participantes da investigação, descreveram as atividades por eles desenvolvidas de forma bastante semelhante, especificando-as em ações internas e externas, sendo as primeiras aquelas realizadas dentro do serviço e as segundas, no território onde este está inserido.

Dessa forma, citaram como atividades externas: visitas domiciliares, atividades de redução de danos em campo, matriciamento, acompanhamento terapêutico, reuniões (como aquela entre representantes das redes de atenção básica e de saúde mental; reuniões dos distritos de saúde; do conselho gestor e conselho municipal de saúde, e algumas oficinas (por exemplo, de esporte).

Pude acompanhar todas essas atividades durante o período de observação participante. Notei que os profissionais fazem um trabalho de busca ativa dos usuários que não comparecem ao serviço e são considerados casos graves. Ressalto que, apesar dessa ação não ter sido descrita nas entrevistas, é interessante observar que, mesmo havendo um grande número de tarefas, há empenho por parte dos profissionais em buscar o usuário no local em que está (na rua ou em sua residência), e, muitas vezes, essas ações ocorrem em conjunto com as equipes dos Centros de Saúde de referência da região em que o usuário se situa, ou com o S.O.S RUA (serviço da prefeitura de Campinas, da assistência social, que oferece atendimento aos sujeitos

abordados na rua, encaminhando-os para serviços especializados ou ao próprio Centro de Saúde de referência do território).

Já entre as atividades realizadas dentro do serviço, citadas pelos participantes, estão: atividades dos núcleos, ou seja, específicas de uma determinada categoria profissional (no núcleo da psicologia, seriam os atendimentos psicoterapêuticos individuais ou grupais; no núcleo da terapia ocupacional, os ateliês; no núcleo da enfermagem, aquelas relacionadas aos cuidados de enfermagem; no núcleo da redução de danos, as voltadas para ações de redução de danos na ambiência; no núcleo médico, atividades relacionadas aos atendimentos individuais; no núcleo da farmácia, pertinentes ao armazenamento e dispensação de medicamentos e materiais; e no núcleo da assistência social, aquelas de atendimento individual da assistência social).

Além dessas, outras foram citadas, comuns a todos os núcleos: atividades de acolhimento ou plantão, passagem de plantão, assembléia, oficinas e atividades de profissional de referência ou técnico de referência (sendo esta descrita como ações desempenhadas por determinado profissional a um usuário, que tem como referência de negociações e cuidados terapêuticos. Novamente, observei todas as ações descritas no período da observação participante.

Com base na descrição das atividades realizadas pelos profissionais, posso notar que elas corresponderam às premissas do SUS e atividades previstas pelas portarias que dispõem sobre a estrutura e o funcionamento de um CAPS AD. Além de desenvolverem internamente ações de reabilitação psicossocial, ainda realizam o trabalho no território, no qual o respectivo CAPS AD está inserido. Assim, podemos compreender o contexto de falas dos profissionais na análise a seguir.

A análise dos dados teve como base a construção de três temas, que deram origem aos três próximos capítulos. Os temas foram criados a partir da importância e frequência com que alguns dados emergiram, bem como da necessidade em que o estudo abarca, segundo a metodologia escolhida.

O primeiro tema foi **“As visões dos profissionais sobre a inclusão social dos usuários de álcool e drogas”**; o segundo **“O cuidado à inclusão social”**; e o terceiro **“Os limites e potencialidades para inclusão social dos usuários de álcool e drogas”**.

8.1 AS VISÕES DOS PROFISSIONAIS SOBRE A INCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS

A partir da análise dos dados, observei que a concepção sobre inclusão social dos usuários de álcool e drogas mostrou-se diversificada entre os profissionais. Apesar de nenhuma questão ter sido proposta com o objetivo de apreender como eles a concebiam, pude apreender essas concepções pelo fato da análise utilizada permitir a extrapolação dos conteúdos verbalizados pelos participantes (MINAYO, 2008).

Para alguns profissionais, **a inclusão social dos usuários consiste na sua inserção no mercado de trabalho ou em atividades de educação**. Abaixo, algumas de suas falas quando questionados sobre as ações por eles desenvolvidas que favorecem tal inclusão:

> *Outras que favorecem diretamente, na prática, por exemplo (...) é uma interlocução com espaço de trabalho e de educação... que a gente faz bastante também” (...) ”algum curso, a gente sempre tem uns anúncios no mural aqui do CAPS aqui, alguns anúncios de cursos do próprio Centro de Convivências, que tem na FUMEC[1] (Entrevistado A1)*

[1] FUMEC: Fundação Municipal para Educação Comunitária, vinculada à Secretaria Municipal de Educação da cidade de Campinas.

> *Da inclusão social, são as oficinas! As oficinas não de futebol, as oficinas de trabalho! O cara saber uma profissão, o cara saber articular com a vida lá de fora e conseguir um trabalho, porque, ficar sem trabalho, a inclusão social fica complicado! Acho que sem trabalho é difícil o cara se inserir na sociedade, eu acho...muitas oficinas eu acho interessantes, não que o atendimento de enfermagem não seja importante, uma coisa tá ligada a outra, né? Lógico que ele vai precisar de ter um acolhimento de sair daquela situação que ele tá, ver as questões clínicas, se está correta ou se não está, se tá bem clinicamente pra trabalhar, e depois se tá bem, acho que o que mais traz a pessoa de volta na sociedade (Entrevistado A8)*

Esta visão de alguns dos profissionais pode ser considerada mercadológica, quando se pensa que a inclusão social só é possível quando há a colocação do usuário no mercado de trabalho. Para Sawaia (1999), a inclusão social se faz presente na ética da subjetividade e não se circunscreve às ações do Estado para com as injustiças do sistema de empregabilidade, mas sim quando há cuidado ao seu sofrimento ético-político.

Entretanto, apesar das críticas, trata-se de uma concepção interessante se analisada sob a perspectiva de Saraceno (2001), quando se refere à reabilitação psicossocial. Para o autor, o termo abrange as estratégias de oportunizar afetos e possibilidades nos eixos morar, bem como troca de identidades, mercadorias e valores, de tal modo que a faceta do trabalho pode ser incluída como forma de reabilitação psicossocial. Sob tal perspectiva, o trabalho constitui um eixo para que a reabilitação social aconteça.

Contudo, para Sawaia (1999) a busca por emprego não pode ser uma estratégia isolada como forma de inclusão social. É, no entanto, um dos meios que podem favorecê-la e, obviamente, considerando-se o desejo do usuário por esta ação.

Outros profissionais mencionaram que **a inclusão social dos usuários de álcool e drogas é representada por sua circulação na rede de saúde e em outros equipamentos comunitários**. Essas concepções emergiram de algumas falas:

> *Quando a gente orienta que tem outros serviços, outros lugares que dá pra ir... é bem difícil essa coisa de... e quando você discute o caso, você compartilha, e aí o pessoal também poder aproximar de outros lugares, acho que é muito bacana, assim... pra fazer essa... essa inclusão, mesmo, inclusive em outros serviços de saúde. (Entrevistado A2)*

> *Acho que quando a gente tenta suprir todas as necessidades do indivíduo pelo CAPS AD, se ferrou! Tudo que precisa é aqui!? Numa casa fechada? Música vai ser aqui? Capoeira vai ser aqui? Tem que ter espaços comunitários! (Entrevistado B6)*

> *Acho que todas as ações estão voltadas pra inclusão social! Então a gente via que muitos cuidados aqui eram distantes de outros equipamentos, e muitos usuários não participam, por exemplo, dos Centros de Convivência... e hoje a gente usa o matriciamento, que aumentou bruscamente desde o ano passado. (Entrevistado B7)*

Trata-se de uma visão interessante, pois se insere na lógica da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que preconiza a importância da circulação do usuário em uma rede de atenção psicossocial, considerando que, pelos pressupostos do SUS, o cuidado realizado dentro do território e articulado aos serviços de saúde que os usuários necessitem é fundamental para a qualificação do cuidado. Consequentemente, tal circulação oportuniza novos recursos em saúde para o usuário, o qual passa a ser assistido não apenas por um serviço, mas pela rede (BRASIL, 2011).

Foi possível apreender também a compreensão de que **a inclusão social dos usuários implica possibilitar que essas pessoas exerçam sua autonomia**, conforme expressam algumas falas:

> *De inclusão social, eu acho assim, a partir do momento em que se entra em um CAPS, é difícil você não trabalhar de forma a não olhar pra uma inclusão social; todos os movimentos, todas as funções... tudo é voltado para a inclusão social, todo o trabalho, então, a medicação, quando ela vem com a receita dela aqui, é uma forma dela dizer "estou retirando o meu medicamento", e que, geralmente, são eles que retiram e não a família, então é uma forma de assim que eu considero uma inclusão social, né? (Entrevistado A4)*

> *Acho que inclusão existe, porque a gente ouve os usuários "não... eu fui lá!! fui bem atendido!" Você vê que ele tá criando própria autonomia, tá chegando nesses serviços, de tá chegando na sociedade...super válido, super gratificante quando a gente vê que eles não tão tutelando, mas que estão dando autonomia pro usuário, porque a gente fala que ele tem direito de saúde, de assistência e direito de tudo! Porque ele é cidadão também, como qualquer outro... a gente tem que falar isso pra eles, pra dar um ânimo, pra procurar. (Entrevistado B5)*

Esta compreensão pode ser dialogada com a lógica de redução de danos, ao passo que a pessoa dotada de autonomia, ou seja, que gerencia o seu próprio corpo, amplia seu repertório de vida (ADORNO, 2008). Dessa forma, a redução de danos é um modelo de atenção que visa favorecer a autonomia do usuário.

Outra visão foi a de que **a inclusão social é o trato do profissional com o usuário**, como referido por alguns profissionais:

> *A partir do momento que eu tô servindo ali, é uma inclusão social... eu acho... a delicadeza de você colocar a comida. (Entrevistado A4)*

> *Eu acho que o acompanhamento, esse acompanhamento que eu venho fazendo de me aproximar de algumas pessoas, que vai além da conversa da ambiência, além da redução de danos, além da pessoa estar aqui, né? Dele se abrir pra falar da vida pessoal dele e a gente conseguir conversar, não de técnico pra paciente, mas de pessoa pra pessoa, né? (Entrevistado B2)*

Esta perspectiva de alguns profissionais vincula-se àquela proposta por Sawaia (1999), pois os profissionais conceberam, como inclusão social, a possibilidade do usuário sentir-se incluído quando tratado no cotidiano com afetividade. Tal visão permite inferir que eles consideram o sofrimento ético-político dos usuários e, neste caso, o afeto representa uma forma de cuidar desse sofrimento.

A fala a seguir exemplifica **a concepção de inclusão social que não associa o usuário de álcool e drogas a um criminoso**:

> *Já cheguei a ser indagada por uma pessoa do tráfico "porque, o que que era a redução? O que que a gente tava fazendo lá!?", e aí, quando a gente explica que a gente tá ofertando cuidado, e aí cuidando do cliente dele, né? Não tirando o cliente dele, pra não consumir e fazer o tratamento, mas cuidando do cliente dele, eles recebem a gente... acho que é isso, questão de... remeter essa coisa da inclusão, acho que é isso mesmo, é estar junto do usuário, mas também dentro da comunidade que a gente atua, né? Que a gente também conversa com essas pessoas da comunidade e até mesmo os usuários passam a ser observados de uma maneira menos criminosa pela sociedade, até pela permanência da gente no local, acho que isso também é uma forma de inclusão! (Entrevistado A6)*

Esta visão permite verificar a perspectiva do consumo problemático de álcool e drogas quando inserida no modelo de redução de danos, pois considera o usuário não sob a ótica moral/criminal, mas como um problema de saúde pública (ALVES, 2009). Aqui explicitam-se as situações de vulnerabilidade a que estão expostos os usuários para que possam utilizar drogas. No entanto, no momento em que o Estado, por meio de políticas em saúde pública, possibilitar a redução dessas vulnerabilidades, é provável que o usuário possa fazer um consumo mais seguro e, consequentemente, não seja visto mais como criminoso, e portanto, que o estigma, expresso no sofrimento ético-político do usuário, seja cuidado.

Os próximos trechos revelam a concepção **de inclusão social como a melhora da autoestima e aparência social do usuário**:

> *Essa oficina de beleza que a gente faz, muitas vezes a partir dessa oficina as pessoas buscam ter um autocuidado maior e, assim, é muito visível que é uma inclusão, conforme a pessoa... toda barbuda que não se olhava no espelho, aí quando se vê fala "nossa! Esse sou eu! Quanto tempo que não me via "assim", e a partir daí o pessoal começa um autocuidado, né? A gente começa a notar mesmo que essa pessoa começa a ter um autocuidado maior, né? Nem que não seja escancarado, a gente nota uma mudança... então, é uma questão muito social, né? (Entrevistado A6)*

> *De forma que eu consiga aumentar a autoestima, de modo que o paciente pense: "nossa, esse me trata diferente, ele não me trata como os outros me tratam, esse aí conversa com a gente, esse escuta a gente", por si só isso, já é inclusão social, eu dou ouvidos, o que eu acho que todo paciente deveria ter disponível, tá? Então, eu acredito sinceramente que eu ajudo sim na inclusão social. (Entrevistado B4)*

A melhora da autoestima, por meio de mudanças na aparência social, é interessante, pois confere dignidade ao usuário, pressuposto da própria Reforma Psiquiátrica.

Assim, de forma quase que instintiva, os profissionais verbalizaram concepções importantes no que diz respeito à inclusão social dos usuários, de modo que sua autonomia possa ser favorecida, possibilitando-lhes também a preservação de dignidade e cidadania. Entretanto, entendo que essas diferentes concepções, vistas de forma isolada, descontextualizada, ainda podem ser consideradas alternativas perversas de inclusão (Sawaia, 1999).

Nesse sentido, a inclusão perversa descrita por Sawaia seria uma forma mascarada de inclusão, que denota a apropriação de materiais ou símbolos que apenas ilusoriamente os fazem sentir parte do todo. Tratar-se-ia de uma tentativa frustrada de inclusão, pois exclui-se para incluir, mantendo esses usuários em uma forma de dependência ao Estado (ou serviços), em especial no que diz respeito à liberdade, situação que gera a falsa ideia de satisfação segundo a lógica mercadológica (BERTINI, 2014).

Portanto, as distintas percepções de inclusão social, quando aplicadas de forma conjunta, podem ser de fato consideradas inclusão social, visto que reconhecem e valorizam o sofrimento ético-político do usuário.

8.2 O CUIDADO À INCLUSÃO SOCIAL

Os profissionais dos serviços referiram que, de forma geral, promovem ações para a inclusão social, sendo boa parte delas de modo direto, como revelam as falas:

> *Acho que todas! todas podem favorecer. Algumas mais, com certeza, outras menos. (EntrevistadoA1)*
>
> *Ao meu ver, com exceção dos atendimentos individuais, que a construção é mais individualizada, todas as outras:*

> *o grupo de culinária, grupo de caminhada e o grupo de futebol, eles servem pra gente alcançar essa finalidade. (Entrevistado A3)*
>
> *Acho que assim, a horta, o centro de convivência, o grupo de caminhada, os grupos mais abertos esses têm uma potência de inclusão, quando fica muito fechado, a clinicona, puxar pra dentro... isso vai se repetindo, e vai se institucionalizando na cultura do cara. (Entrevistado B6)*

Os fragmentos de falas acima permitem observar a crença dos profissionais no sentido de que o cuidado ao usuário de álcool e drogas deva ser amplo, não restrito à clínica ou a ações no território. A assistência a essas pessoas deve, ao contrário, atender a premissas do SUS e das portarias que dispõem sobre as políticas sobre álcool e drogas inseridas no modelo de atenção de redução de danos, e que portanto, preconizam cuidados relacionados à inclusão social.

Entretanto, alguns profissionais relataram duas distintas perspectivas sobre o cuidado que contemplam a inclusão social dos usuários: uma delas considera que a inclusão social seria favorecida se houvesse um modelo de atenção à saúde mais médico-centrado, não norteado pela lógica de redução de danos:

> *Tem paciente que internou no começo da minha vida de trabalho que nunca mais internou, que nunca mais teve que se internar, e deu continuidade no tratamento ambulatorial, mas a linha é muito mais hospitalar, assim, aqui é muita conversa pra pouca ação, entendeu? Às vezes, as ações que a gente faz aqui, não sei se é também porque a gente aqui não tem médico, fica um pouco assim muito carente de outras profissões; médico não quer trabalhar aqui... acho que se tivesse um médico psiquiatra aqui e um clínico, pelo menos, a coisa ia ser diferente! A gente conseguiria muito mais sucesso na reinserção do indivíduo na sociedade, com um tratamento que ele conseguisse levar mais a*

> *sério porque ninguém leva a sério o tratamento aqui do paciente. (Entrevistado A8)*
>
> *Na minha opinião, a gente trabalha aqui mais com redução de danos, a gente não trabalha com a recuperação total do indivíduo, acho que isso... às vezes, se você tem outra visão da melhora, você tem uma visão de profissional frustrado, que não consegue nada... então, o amadurecimento do profissional é muito bom também, é a tolerância, tem que ter tolerância de trabalhar nessa clínica, aqui não é fácil não! (Entrevistado A8)*

Este olhar é bastante emblemático para compreender como alguns profissionais se posicionam diante do cuidado à inclusão social. Neste caso, pode-se notar grande frustração, de certo modo compreensível pelo fato do objetivo imposto ser a abstinência, não incluindo outras facetas igualmente importantes relacionadas ao consumo de drogas.

Este aspecto mostra-se particularmente interessante e revelador da forma como os profissionais cuidam da inclusão social. As falas permitem apreender que eles não a consideram foco de seu trabalho:

> *É... então, quando a gente vê o sucesso terapêutico a partir da individualidade do caso, talvez nos dê, essa... não seja essa inclusão social o sucesso terapêutico, sabe? Talvez o sucesso terapêutico está ligado a outras coisas, e aí eu posso citar outros exemplos que eu posso dizer que é sucesso terapêutico que não necessariamente é reinserção social como a gente imagina e idealiza (Entrevistado A9)*
>
> *Eu não me prendo à inclusão social porque, senão, eu vou me frustrar muito, eu vejo mais o sucesso nas pequenas coisas, né? Então, se o cara minimante melhorou o autocuidado... o usuário de cocaína, que tem esquizofrenia, qual o prognóstico que esse cara tem, sabe? Eu vou esperar que esse cara volte ao mercado de*

> *trabalho formal? Se ele trouxesse esse desejo pra mim, eu vou ajudar ele. (Entrevistado A9)*

Como a primeira fala expressa, o profissional pontua a inclusão social como situação ideal e utópica, já que não a considera foco de seu cuidado, mas sim o desejo de alcançá-la, nos limites apresentados pelo usuário. Contudo, não identifica que suas ações, ainda que de maneira sutil, oportunizam a inclusão social.

Dessa forma, emergiram algumas dificuldades dos participantes quanto ao trabalho desenvolvido nos CAPS AD, acrescidas do desafio de atuar com base no modelo de redução de danos, uma vez que a frustração é frequente quando constatam que o usuário não interrompeu o uso de álcool e drogas e, portanto, o objetivo estabelecido pela equipe não foi alcançado. Cabe ainda mencionar a dificuldade de verificar que as ações relacionadas ao trato com o usuário podem representar uma intervenção de inclusão ou exclusão social.

Diante do exposto, compreendo que a inclusão social ainda não é um tema bem definido pelas equipes e, assim, requer muitas discussões no que diz respeito ao potencial de uma ação de afeto, aparentemente simples, na gênese de um cuidado ao sofrimento ético-político e consequente promoção de dignidade e inclusão social (SAWAIA, 1999).

8.3 LIMITES E POTENCIALIDADES PARA A INCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E DROGAS

Este tema foi elaborado com base no surgimento de núcleos de sentidos relacionados a limites e potencialidades para a inclusão social dos usuários dos serviços. Ainda, os profissionais relataram não apenas seus limites e suas potencialidades para ações de inclusão social, mas, também, os da instituição CAPS AD, bem como aqueles que extrapolam a referida instituição.

Limites e potencialidades dos profissionais

De forma geral, os participantes apontaram seu preparo para o trabalho com os usuários de álcool e drogas como limites e potencialidades a ele relacionados. Assim, podem oferecer seu conhecimento e sua qualificação em prol da inclusão social. Já o principal fator limitador seria a ausência desta capacitação. O primeiro trecho, abaixo, ressalta o preparo do profissional para inclusão social:

> *Eu acho que depende muito mais do perfil do profissional, que entendo que essa inclusão, essa circulação de usar na rede, ele vai ter recursos pra pensar na rede e fazer essa circulação, né? E, de repente, terão outros profissionais que vão ficar nessas intervenções pra dentro do CAPS e, então, não var ter muito esse negócio de pensar, por exemplo, o matriciamento, dependendo do profissional que tá no matriciamento no centro de saúde, as ações que ele vai pensar é de potencializar os cuidados desse sujeito pra ele ir pra fora, pro que for necessário, né? E não só receber a demanda e achar que vai ter que dar conta tudo aqui de dentro, né? (Entrevistado A2)*

Posso observar, no trecho acima, o reconhecimento da importância da qualificação profissional no que diz respeito aos próprios recursos que ele pode acionar tanto na Rede de Atenção Psicossocial quanto em outros serviços, incluindo a Atenção Básica. O relato evidencia uma forma de apropriação do profissional em relação às políticas públicas em saúde, no sentido de que sua ação de reabilitação psicossocial não está atrelada unicamente a ações diretamente ligadas aos usuários, por exemplo encaminhamentos ao Centro de Saúde, mas sim àquelas desenvolvidas no território, que beneficiem outros usuários, com o uso do matriciamento.

Interessante notar que a percepção deste profissional quanto à inclusão social relaciona-se à concepção do termo vinculada à circulação do usuário entre outros serviços e espaços na rede de atenção à saúde.

Ressalto ainda a ideia, presente na fala do profissional, de que qualidade do matriciamento dependerá não apenas da qualificação profissional da pessoa que matricia, mas, também, daquele que é matriciado. Essa perspectiva indica que, além da apropriação das políticas em saúde para usuários de álcool e drogas por parte dos membros da equipe do CAPS AD, o êxito das mesmas dependerá da sensibilidade dos profissionais que nele atuam e/ou de seus conhecimentos específicos sobre as questões de saúde mental.

O aspecto da qualificação do profissional foi bastante descrito pelos participantes. Boa parte deles mencionou, de forma direta, ações de outros colegas que podem tanto potencializar quanto limitar a inclusão social. Os próximos trechos revelam alguns limites dos profissionais quanto à falta de apropriação das discussões político-ideológicas relacionadas ao atendimento ao usuário.

> *Agora, quanto à questão profissional, que é de cada um mesmo, do jeito de trabalhar da forma que acredita, acho que limita muito mais do que a questão da estrutura em si, depende do perfil, entendeu? Mas eu acho que o CAPS tem recurso pra potencializar essas ações ... mas aí vai de discussão e discussão, de conscientização, e a proposta que a gente trabalha, que se você for perguntar aqui pros profissionais que trabalham aqui qual a perspectiva que a gente tá, eu tenho certeza que vai ter um número que vai falar "não sei", né? Com que a gente trabalha? Ai... é redução de danos? o que que é? Não vai saber explicar o que é, entendeu? Então... daí fica... (risos) (Entrevistado A2)*
>
> *Porque acho que tem gente que tem medo, acho que tem gente que está no lugar errado, acho que tem gente que*

> *gostaria de estar numa clínica ambulatorial, que não concorda com as diretrizes do CAPS, da proposta do SUS do CAPS, ou seja, pensa que quem está abstinente e ponto! E acho que até tenta, mas não faz parte do que a pessoa acredita! Acho que muita gente que tem um julgamento moral dos nossos usuários! Eu também tenho às vezes: "esse pingaiada de novo?" "Esse de novo não!!" Sentir isso acho que é super normal, mas tem gente que não dá conta e atua nisso, e dá meleca! (Entrevistado B6)*

Ambos os trechos mostram que alguns ainda desconhecem as discussões sobre as políticas em saúde mental para usuários de álcool e drogas. Mostram ainda que por mais que o profissional tenha conhecimento sobre o modelo de redução de danos, pode atuar de modo proibicionista, uma vez que tal modelo não se coaduna com o seu posicionamento político-ideológico, o que pode gerar o desenvolvimento de ações limitadoras da inclusão social do usuário.

Limites e potencialidades da instituição CAPS AD

Os profissionais ainda mencionaram a necessidade de maiores investimentos como fator limitador para a inclusão social relacionado à instituição CAPS AD.

> *Limitantes, acho que tem algumas coisas que, antes da gente fazer alguma coisa pros usuários, a gente precisa de RH pra isso, e aí, às vezes, a gente fica muito presa, às vezes assim, numa questão que a gente não tem RH, que não tem funcionário, aí a gente, dependendo do dia muito agitado, a gente não consegue dar conta de tudo, entendeu? (Entrevistado B3)*

> *Se tivesse uma perua, que já tão brigando, que nunca deixou de ser uma briga, seria mais fácil; pro paciente, é importante ele circular nos espaços da cidade pra não ficar aquela coisa muito centrada, então ele vem aqui, participa da oficina, retira medicação, o almoço... tudo, mas não usa os espaços da cidade, que a cidade tem os CECOS, sabe? Esses programas de alfabetização de adultos, o EGA, então facilitaria muito. (Entrevistado B4)*

Observo, em um dos trechos acima, que a falta de recursos humanos (RH) representa uma dificuldade para o desenvolvimento de ações de inclusão social. Do outro, emergiu a ausência de veículos na instituição para o transporte de usuários.

De fato, a ausência ou escassez de suportes institucionais ou recursos materiais desestimula a realização de atividades no território, como visitas domiciliares, matriciamentos, entre outras. No entanto, essas ações, que também incentivam a inclusão social, deveriam ser prioritárias, visto que são preconizadas pelas políticas em saúde para o cuidado integral, no território, e em rede (BRASIL, 2011).

Outro fator apontado como limitante por parte da instituição diz respeito às relações políticas entre o Serviço Dr. Cândido Ferreira e a Prefeitura de Campinas que, segundo eles, ainda não estão sintonizadas. O trecho abaixo exemplifica essa questão:

> *A gente tá em um momento complicado com a política... que o convênio Cândido Ferreira, que é quem sustenta a saúde mental em Campinas, então...tá sempre... prefeitura não tá querendo muito essa parceria com o Cândido, mas também não tem coragem de dizer...e, com isso, o sucateamento dos serviços tá sendo bem importante, tá limitando ainda mais. (Entrevistado A1)*

Interessante notar que, apesar de poucos relatos mencionarem este aspecto como limitante para a inclusão social dos usuários, muito profissionais comentaram, durante a observação participante, a relação desalinhada entre o Serviço Dr. Cândido Ferreira e a Prefeitura de Campinas, e expressaram receio de abordar o fato de forma explícita durante a gravação da entrevista.

Noto, portanto, que as fragilidades institucionais interferem de forma direta na Atenção Psicossocial aos usuários de álcool e drogas e, consequentemente, em ações de inclusão social. Segundo Sá et al (2010), a baixa qualificação da assistência prestada em saúde pelo SUS evidencia-se não apenas pelos problemas financeiros, materiais e tecnológicos, mas quando a eles somam-se apatia burocrática, corporativismo e/ou omissão profissional, falta de ética e respeito aos profissionais e usuários. Essas situações, por sua vez, geram pouca produtividade, baixa cobertura dos serviços e, em especial, sofrimentos.

Assim, a gestão de qualidade de serviços públicos alicerçados nas políticas do SUS representa o principal desafio à reforma sanitária brasileira (SÁ ET AL, 2010) e, consequentemente, para a Reforma Psiquiátrica, com repercussões na assistência aos usuários de álcool e drogas.

Por outro lado, os fatores relacionados ao CAPS AD que potencializam a inclusão social seriam as estruturas da rede de atenção psicossocial de Campinas, como o dispositivo de leito-noite e o núcleo de oficinas de trabalho (NOT) utilizados no cuidado ao usuário no território. Os fragmentos abaixo apontam esses fatores:

> *Nessa inclusão social, quando você elogia o paciente num trabalho que ele fez, isso é muito potencializador, isso gera uma cadeia de eventos positiva, tá? Então, as oficinas que a gente oferta são muito potencializadoras da inclusão social, tá? Até as oficinas que a gente oferta no Cândido Ferreira, no NOT, tá? Os pacientes que vão nas oficinas do NOT, eles aumentam sua responsabilidade, eles ficam mais responsáveis, porque*

> *eles vão fazer lá uma coisa que eles não vem fazer aqui, aqui eles vêm em busca de tratamento, medicação, em busca de remédio, em busca de leito, e lá eles vão em busca de outra coisa, eles vão em busca de produção, eu acredito que não existe felicidade senão produzir alguma coisa. (Entrevistado B4)*

A perspectiva adotada por este profissional, assim como por outros não exemplificados aqui, é a de que a inclusão social deve ser promovida por ações de trabalho, com o uso do NOT, e, com mais sensibilidade, por meio de uma relação de afeto com o usuário, ou seja, como estratégia para incluí-lo: “você elogia o paciente” (EntrevistadoB4).

Ainda, apesar da menção à importância de dispositivos institucionais para ações de inclusão social, o relato acima refere-se, mais uma vez, a um aspecto já explorado nesta discussão: a importância das formas sutis de cuidado do profissional com o usuário. Nesse sentido, mesmo diante da disponibilidade de um recurso institucional útil para a inclusão social, a forma de abordar o usuário e reforçá-lo positivamente depende dos membros da equipe, o que, no trecho acima, expressa a sensibilidade do profissional quanto ao sofrimento ético-político do usuário que se utiliza deste dispositivo.

Limites e potencialidades que extrapolam a instituição CAPS AD

Já os fatores que limitam a inclusão social e extrapolam a instituição CAPS AD, seriam: a perspectiva moralista da sociedade em relação ao usuário de álcool e drogas; e o desalinhamento das políticas em álcool e drogas, como mostram as falas:

> *Acho que limita, o que dificulta, é ... uma questão política... importante, uma questão da própria visão social do que se tem sobre tratamento de álcool e drogas... o*

sujeito chega aqui, ou ele, ou o familiar, ainda com aquele paradigma de faço uso, preciso buscar a abstinência, tenho que ser internado..." me excluir socialmente", né? "para curar essa dependência, e depois eu retomo a essa vida social", né? E a gente tende a trabalhar justamente o contrário, desconstruir esse conceito, não que ele não possa ser um objetivo a abstinência, não que a gente não use o recurso da internação, a gente usa sim, mas é... a gente também não faz só isso, a gente tenta desconstruir isso, então é possível sim tratar e se manter aí na sociedade, e, muito pelo contrário, voltar a trabalhar...retomar os familiares, voltar a estudar..., favorecem mais ainda o tratamento do que... mas acho que essa concepção enraizada é, fortemente, limitante, nossa atual política de álcool e drogas reforça muito isso, né? E eu acho que são coisas que limitam bastante.... comunidades terapêuticas super fortes, tal... não que também, pode até funcionar... para algumas pessoas, acho que é bacana e tal... mas, enquanto política pública, acho que a gente ainda tem muito o que avançar. (Entrevistado A1)

O próprio olhar do profissional tem muito preconceito, na sociedade, eu acho que também atrapalha isso no tratamento mesmo daquela pessoa, né? De violência policial mesmo, né? Que a gente vê sempre acontecendo aqui, eu acho que o olhar ainda é muito estigmatizado...conservador, não tá aberto pra uma redução de danos... tá voltado pra uma cura, né? Por taxar a pessoa de uma forma, ou não, né? De não dar um espaço efetivo para que ela possa também ser incluído na sociedade, né? Que muitos queriam estar num emprego, mas muitas coisas acabam prejudicando, e tem muito preconceito de não aceitá-lo, já de cara, né? Sem dar uma oportunidade, né? (Entrevistado A5)

Nos trechos acima, fica claro o posicionamento do profissional na perspectiva de redução de danos, e o seu incômodo com a visão estigmatizadora da sociedade, incluindo os próprios familiares e usuários. Assim, as ações de inclusão social realizadas pelos profissionais passam pela barreira excludente da mentalidade da sociedade.

Ainda como parte das contradições já apontadas anteriormente no que se refere a políticas de saúde sobre drogas e todo o exposto sobre a estigmatização do usuário de álcool e drogas, observo ponderações nas entrevistas sobre essas questões. Há, nesse sentido, relatos das dificuldades para promoção de inclusão social no atual contexto sócio-histórico.

Em especial o último trecho transcrito acima refere-se à questão da violência policial frequentemente praticada contra o usuário de álcool e drogas. Tal prática decorre também da visão social, presente na sociedade brasileira, do usuário como um criminoso, fato reforçado pela ausência de aprovação do projeto de lei que prevê a descriminalização do usuário de tais substâncias.

Vale ainda lembrar, para esta reflexão, que mesmo com a descriminalização das drogas, o sistema permanecerá perverso com o usuário, pois, ainda que não seja mais visto como criminoso ao consumir drogas, precisará se expor para comprá-las em um sistema ilegal, como o tráfico de drogas. Dessa forma, apenas com a legalização das drogas não será mais visto como um criminoso perante a lei e, assim, poderá fazer o uso de forma a não corroborar um sistema gerador de vulnerabilidades e sofrimentos, como é o do tráfico de drogas.

Sob tal perspectiva, segundo Adorno (2008), a violência encontra-se muito mais atrelada ao tráfico e à repressão policial do que ao uso das drogas. Ainda segundo ele, a violência (a inclusão de usuários e trabalhadores no tráfico) possui relação sobretudo com a exclusão social e tradição de masculinidade.

Portanto, sob a perspectiva dos profissionais, as ações de inclusão social dependem de fatores sociais, relacionados ao contexto sócio-histórico

contemporâneo; acresce-se que a estrutura legislativa brasileira para usuários de drogas ainda é bastante conservadora, promotora de exclusões, já que o tráfico de drogas parece ser o grande responsável pelas vulnerabilidades.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados evidenciam que as práticas em saúde mental voltadas à inclusão social de usuários de álcool e drogas nos CAPS AD estudados ainda são pouco trabalhadas pelas equipes. Não se observa, nesse sentido, consenso, no que diz respeito às distintas dimensões deste fenômeno por parte dos profissionais.

Segundo os participantes, ocorrem ações de inclusão social aos usuários, mas, para que sejam realmente efetivas, dependemos da forma como o profissional se posiciona política e ideologicamente em relação ao uso problemático de drogas.

De fato, a perspectiva dos profissionais sobre inclusão social revela que a maioria deles se norteia pelo modelo de atenção de redução de danos, porém persistem posicionamentos pouco esclarecidos quanto ao modelo de atenção qualificado a esta população, bem como notam-se posturas mais condizentes com o modelo proibicionista.

Entendo, portanto, que ainda são necessários debates públicos quanto ao fenômeno das drogas e discussões permanentes nas equipes de serviços substitutivos, como CAPS AD, e também em outros dispositivos da rede de saúde para atenção ao usuários de álcool e outras drogas, de forma a considerar o sofrimento ético-político desta clientela e, assim, possibilitar o desenvolvimento de práticas em saúde mental que promovam inclusão social.

10. REFERÊNCIAS

ADORNO.RCF. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas** (Ed. Port) v.4 n.1 Ribeirão Preto. Fev. 2008.

ALVES.V.S**.** Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas". **Rev Cadernos de Saúde Pública**. Vol.25.nº11. Rio de Janeiro. Nov.. 2009.

DICIONÁRIO AURÉLIO. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Editora Nova Fronteira. 1 cd-rom. 1994.

AYRES, J.R.C.M**.** Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas**. Rev. Saude soc**.[online]. V.18, suppl.2, pp. 11-23.. 2009.

BARRETTO.P.A. Ulisses Pernambucano, educador. **Rev. Psicologia: ciência e profissão.** Vol 12, no 1. Brasilia 1992.

BAUMAN. Z. **Vida líquida**. Tradução Carlos Alberto Medeiros – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.

BERTINI.F.M.A. Sofrimento ético-político: uma análise do estado da arte. **Rev. Psicologia e Sociedade**, V.26,p, 60-69. 2014.

BRASIL a. Portaria GM 336 de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, 20 fev. 2002.

BRASIL b. Portaria GM 816 de 30 de abril de 2002. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.

BRASIL, Portaria nº 3088/GM/MS de 2011.

BRASIL. a Portaria nº1.190/GM/MS de 2009.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF.Senado Federal.Seção II da Saúde. Artigo 196.1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional dos Serviços

de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral de Álcool e outras Drogas. 2.ed.rev.ampl. – Brasília, 2004.

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

BRASIL. o Decreto nº 7.179 de 2010.

BRASIL. Política Nacional sobre Drogas, de 2005.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mundança do modelo de atenção. Relatório de gestão 2003-2006. Brasília. 2007.

CARLINI et al. **Drogas Psicotrópicas – o que são e como agem**. Ver. IMESC, nº3. p. 9-35. 2001.

CARNEIRO.H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no seculo XX. Publicado na revista Outubro, IES, São Paulo, V. 6, pp.115-128. 2002.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante, P. (Org.). **Ensaios**: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro, Fiocruz. 2000.cap.8, p.141-167.

DEVERA, D., COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, São Paulo, v.6, n.1, 2007, p.60-79.

FONSECA. A.L.C. Para além da Reforma Psiquiátrica: Uma invenção para o SUS – A experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira em Campinas. Texto disponível em http://candido.org.br/formacao/candido-

escola/artigos/1102-para-alem-da-reforma-psiquiatrica-uma-invencao-para-o-sus-a-experiencia-do-servico-de-saude-dr-candido-ferreira-em-campinas. Acesso em: 15 agosto de 2015.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. 5ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 1997.p.15.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir** – histórias da violência nas prisões. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 1974.p. 231.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=350950&search=||infogr%E1ficos:-hist%F3rico. Acesso em: 18 de outubro de 2015.

JANUZZI, A.A et al. Os redutores de danos e as práticas de cuidado no território – Redução de Danos em Campinas. **I Fórum Estadual de Redução de Danos: Construção, Diálogo e Intervenção Política**/ Aline Godoy. Bruno Ramos Gomes, Marina Sant' Anna e Roberta Marcondes Costa (org.) p. 21. São Paulo. 2014.

MACRAE, E. A Abordagem Etnográfica do Uso de Drogas. In; MESQUITA, F. & BASTOS, F. (Orgs.). **Drogas e Aids** - Estratégias de Redução de Danos. São Paulo- SP: Editora HUCITEC, 1994. pp.99-114.

MINAYO, M.S.C. (ORG). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1994. Cap.1. p.13-15.

MINAYO. M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo. (SP): Hucitec; 2008.

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA - OEDT. **Relatório Anual de 2003:** A Evolução do Fenômeno de Droga na União Europeia e na Noruega.Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 2003.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Revista The Lancet**. DOI:10.1016/S01406736(11)60054. 2012.

PESSOTI, I. **A loucura e as épocas**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed.34, 1994.

SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão** – Análise psicossocial e ética da desigualdade social. In: Sawaia B, organizador. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

SÁ, MC, AZEVEDO, CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2345-2354, 2010.

SILVEIRA E.R. Práticas que integram a saúde mental à pública: o apoio matricial e a interconsulta. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. V.17, N. 9.Rio de Janeiro.2012.

SODELLI.M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, V.15, N.3, p,637-644, 2010.

XAVIER. D; NIEL, M. Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde. In: Marcelo Niel & Dartiu Xavier da Silveira (ORGS). São Paulo,. xi, 149f**. Drogas e Redução de danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. 2008.

11. APÊNDICES

11.1 APÊNDICE I

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Identificação:

Idade:

Naturalidade:

Estado Civil:

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Formação:

Cargo/Função:

Tempo de trabalho no CAPS ad:

Experiências anteriores:

QUETÕES NORTEADORAS

1- Descreva as suas atividades no serviço e como elas são realizadas.
2- Descreva dentre estas ações realizadas, quais você considera que favorecem a inclusão social do usuário.
3- Quais são os limites e as potencialidades do CAPS ad para a inclusão social dos usuários.

11.2 APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar de uma pesquisa denominada “A inclusão social de usuários de álcool e drogas de um município do Estado de São Paulo” que tem como objetivo investigar a inclusão social de usuários em atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, em um município do Estado de São Paulo. Portanto, solicitamos sua colaboração em responder algumas perguntas sobre as ações de inclusão social dos usuários deste serviço, que abrangem as ações realizadas pelos profissionais e os limites e potencialidades institucionais. Para tal, será realizada uma entrevista (com duração média de 60 minutos) que, se o Sr. (a) assim permitir, será gravada. O dia, horário e local da entrevista serão estabelecidos conforme a sua disponibilidade. Sua participação é voluntária sendo garantida a confidencialidade de suas informações e o anonimato das mesmas. O Sr. (a) poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem quaisquer prejuízos. Acreditamos termos tomado todas as providências para que o Sr. (a) não sofra riscos, prejuízos, desconfortos, mas entendemos que durante ou após a entrevista o Sr. (a) possa sentir desconforto ou incômodo com as questões da mesma. Caso isso ocorra, estarei à disposição para lhe dar apoio, acolhimento, escuta e, se necessário, encaminha-lo (a) a um serviço especializado. O Sr. (a) não terá gastos financeiros devido à sua participação na pesquisa, porém, também, não será beneficiado financeiramente. Caso julgue que lhe ocorreu algum dano devido à participação nesta pesquisa, o Sr. (a) tem direito à indenização conforme as leis vigentes no país. Sua participação neste estudo contribuirá para a produção do conhecimento científico e lhe beneficiará com o pensamento sobre sua prática, possibilitando uma possível melhora em seu trabalho. Será informado (a) sobre os resultados parciais da pesquisa, sempre que o desejar. Dúvidas poderão ser esclarecidas diretamente com os pesquisadores responsáveis ou com o Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP), que tem como finalidade proteger eticamente o participante e foi responsável pela aprovação desta pesquisa. Este termo será confeccionado em duas vias, caso concorde em participar, uma via assinada deste documento será fornecida ao(a) Sr. (a) e outra ficará com o pesquisador. Esclarecemos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (CEP-EERP).

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima descritos, e consinto em participar deste estudo. Havendo necessidade entrarei em contato com os pesquisadores ou com o CEP responsável.

De acordo, Campinas, _____ de _____ de _____

_____ _____

Assinatura do Participante da Pesquisa Assinatura do Pesquisador

Silvana Proença Marchetti

Telefone: (19) 982267127

silvana.marchetti@usp.br

Rua Dr. Jorge Lobato, 704, ap.13

Vila Tibério. Ribeirão Preto - SP.

CEP: 14050-110.

ProfªDrªToyokoSaeki

Telefone: (16) 36023415

maryto@eerp.usp.br

USP-EERP (sala 48).

Av. Bandeirantes, 3900. Vila Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP.

CEP: 14040-902.

Comitê de Ética em Pesquisa

Telefone: (16) 36023386

cep@eerp.usp.br

Av. Bandeirantes, 3900. Vila Monte Alegre. Ribeirão Preto – SP.

CEP: 14.040-902.

Funcionamento: seg. à sex. das 8h-17h.

12. ANEXOS

12.1 ANEXO I

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 103/2014

Ribeirão Preto, 27 de maio de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 27 de maio de 2014.

Protocolo CAAE: 28214614.0.0000.5393

Projeto: A inclusão social de usuários de álcool e drogas de um município do Estado de São Paulo.

Pesquisadores: Toyoko Saeki
Silvana Proença Marchetti

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Profa. Dra. Toyoko Saeki
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

12.2 ANEXO II

CÂNDIDO FERREIRA
REINTEGRANDO PESSOAS À SOCIEDADE

Serviço de Saúde "Dr.Cândido Ferreira"

Utilidade Pública Federal nº 48991/60, Estadual 561/61 e Municipal 3936/70
CNPJ 46.044.368/0001-52
Em co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde desde 1990
Rua Antônio Prado, 430 – Sousas - Campinas-SP - Brasil - Cep 13106-042
Fone/Fax: 055 - 0XX -19 - 3758 -8629 - E-mail: residencia@candido.org.br

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE PESQUISA

PARECER Nº 07/2013

Campinas, 19 de novembro de 2013.

1) IDENTIFICAÇÃO:
Projeto: A reinserção social de usuários de álcool e drogas de um municipio do Estado de São Paulo
Pesquisador responsável: Silvana Proença Marchetti
Orientador: Profa. Dra. Toyoko Saeki

2) PARECER DA RELATORIA:
A partir da leitura e avaliação do projeto, considera-se:
Projeto **APROVADO** pela Comissão de Avaliação de Solicitação de Pesquisa / SSCF sem restriçoes, uma vez acordado com a equipe e com compromisso de apresentação dos resultados ao final do processo.

Heloisa Novaes de Miranda Amaral
Comissão de Avaliação de Solicitação em Pesquisa
Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira