UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PAULA HAYASI PINHO

OS DESAFIOS NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

São Paulo
2009

PAULA HAYASI PINHO

OS DESAFIOS NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora: Prof.ª Dr.ª Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

São Paulo

2009

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

Assinatura:_____Data:____/____/____

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pinho, Paula Hayasi.
Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial / Paula Hayasi Pinho. – São Paulo, 2009.
225 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Profª Drª Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira.

1. Reabilitação psicossocial 2. Desinstitucionalização 3. Saúde mental 4. Transtornos relacionados ao uso de substâncias.
I. Título.

Nome: Paula Hayasi Pinho

Título: Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em:____/____/____

Banca Examinadora

Prof.ª Dr.ª _____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____

Julgamento:_____Assinatura:_____

Aos meus pais, Francisco e Mikie (in memoriam), que possibilitaram a minha existência.

A Elaine, irmã, amiga, confidente, meu "porto seguro" nos momentos difíceis da minha vida.

A amiga Claudia, pela história que nos une, pela solidariedade, escuta atenta e disposição.

Ao meu sobrinho Felipe, pela luz que trouxe para nossas vidas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, particularmente

À minha orientadora, Professora Doutora Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira, pelo acolhimento, confiança, incentivo, parceria e valiosa contribuição na elaboração desta dissertação.

Agradeço, especialmente

À Paula, por sua amizade leal, sua cumplicidade em mais uma batalha, sua ajuda assídua, seu carinho, sua companhia em diversas madrugadas e, principalmente, por ter compartilhado dos momentos alegres e também difíceis destes últimos anos.

À Clarissa, pelo seu companheirismo e apoio. Foi uma presença constante e amiga em minha caminhada.

À Marília, pelo incentivo, convivência e amizade.

À Adriana, pela disposição em auxiliar, pela atenção, conversas e carinho.

À Valéria, por sempre me apoiar, me acolher, me auxiliar a refletir na direção de ser uma pessoa cada vez melhor e mais consciente.

À Rocio, pelo afeto, amizade e preocupação.

Ao amigo, Neuri pelo auxílio em épocas anteriores, pelo cuidado e atenção comigo.

Ao amigo Marcionilo, pela lealdade, pelo ombro amigo e pelas descobertas no campo da saúde mental.

Aos usuários e usuárias do Pinel, que me acolheram e me presentearam com o seu carinho durante o meu trabalho nesta instituição; em especial à Sandra, por me fazer acreditar que sempre é possível realizar um trabalho de qualidade, transformando situações e trajetórias de vida marcadas pelo sofrimento, por possibilitar que a minha prática seja cada dia mais

humanizada, apesar das intempéries da vida e da instituição psiquiátrica; e principalmente por acreditarmos conjuntamente que o sonho é possível.

Agradeço carinhosamente

À Professora Doutora Sonia Barros pelas colocações sempre competentes, minha admiração e agradecimento. À Professora Doutora Ana Maria Fernandes Pitta, por ser uma pessoa tão especial e fundamental na transmissão de sua sabedoria aos trabalhadores da saúde mental. Minha sincera admiração.

Aos professores das disciplinas do mestrado, especialmente à Professora Doutora Emiko Yoshikawa Egry, Professora Doutora Maria Rita Bertolozzi, Professora Doutora Lúcia Yzumi, que desde a especialização em saúde mental, nos incentivaram aos estudos e nos deram a oportunidade de ouvi-las, o que favoreceu o encaminhamento dado a esta pesquisa.

Aos Professores Doutores Divane de Vargas, Edemilson Campos e Luciana de Almeida Colvero pelas contribuições acerca do Exame de Qualificação.

Aos funcionários da Secretaria da Pós-Graduação da EEUSP, especialmente, Tieko e Silvana Maximiliano, pela atenção e apoio.

Aos funcionários da Secretaria do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, especialmente, ao Marcello Batista Pimentel, pelo apoio e solidariedade.

Aos funcionários da biblioteca, em especial ao Aderaldo e Alexandre, pelo auxílio e colaboração constantes.

À equipe do Centro de Referência para Álcool, Tabaco e outras Drogas (CRATOD), pela colaboração com os dados para a pesquisa.

A todos aqueles que se fizeram presentes e participaram desta caminhada.

Ao GEAD – Grupo de Estudos sobre Álcool e Drogas, do qual eu faço parte.

A todos que de algum modo contribuíram para esta conquista.

Como crônica do itinerário de um pensamento será, necessariamente, autobiográfico, na medida em que o esquema de referência de um autor não só se estrutura como uma organização conceitual, mas se sustenta em alicerce motivacional, de experiências vividas. É através delas que o investigador construirá seu mundo interno, habitado por pessoas, lugares e vínculos que, articulando-se com um tempo próprio, em um processo criador, irão configurar a estratégia da descoberta.

Enrique Pichon – Rivière

Pinho PH. Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a Reabilitação Psicossocial [Dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

RESUMO

Este estudo objetivou analisar a concepção dos profissionais de saúde do Centro de Referência para Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) acerca da estratégia da Reabilitação Psicossocial, bem como a inserção desta nas intervenções práticas focalizadas nos usuários de álcool e outras drogas. A amostra constituiu-se de 11 sujeitos, para a análise dos dados utilizou-se a abordagem qualitativa hermenêutica dialética norteada pelos pressupostos teóricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A análise dos dados possibilitou a construção de duas categorias empíricas: Reabilitação Psicossocial e Projeto Institucional. Os resultados apontam que a Reabilitação Psicossocial desenvolvida no serviço encontra-se alinhada à reabilitação psiquiátrica tradicional e aos modelos adaptativos, isto é, atrelada à lógica da normalidade social, sendo esse o principal desafio a ser superado quando se considera o modelo psicossocial de atenção à pessoa com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras drogas, contrapondo-se a esse modelo, a abstinência aparece como a meta a ser atingida no tratamento, o que demonstra uma contradição com a atual Política Nacional sobre Drogas, que pauta-se nos princípios do campo psicossocial da atenção e, portanto, na lógica da Redução de Danos. A Reabilitação Psicossocial destes usuários necessita da construção de um referencial teórico próprio, pois trata-se de um processo complexo, que envolve várias instâncias, tais como: indivíduo família, instituição, comunidade, sociedade e políticas de saúde mental.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Desinstitucionalização; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

Pinho PH. Challenges in attention towards alcohol and other drugs users and Psychosocial Rehabilitation [Dissertation]. Sao Paulo (SP): Nursing School, University of Sao Paulo; 2009.

ABSTRACT

This study has as objective to analyze the conception held by health professionals of the Reference Center for Alcohol, Tobacco and Other Drugs (CRATOD) about the strategy of the Psychosocial Rehabilitation, as well as the insertion of this strategy in practical interventions focused on alcohol and other drugs users. The sample was composed of 11 subjects, for the data analysis the qualitative research with hermeneutic-dialectical approach was used guided by the theoretical presuppositions of the Brazilian Psychiatric Reform. The data analysis made possible the construction of two empirical categories: Psychosocial Rehabilitation and Institutional Project. The results pointed out that the Psychosocial Rehabilitation developed in the service is found aligned to Traditional Psychiatric Rehabilitation and to adaptive models, that is, it is attached to the logic of social normality, which is the main challenge to be overcome when we consider the psychosocial model of attention to people with mental and behavioral disturbances due to the use of alcohol and other drugs, opposing itself to this model, the abstinence is shown as the main goal to be achieved during the treatment, what shows a contradiction with the current National Drug Policy, which is guided by the principles of the psychosocial attention field and, consequently, by the logic of the Harm Reduction. The Psychosocial Rehabilitation of these users needs the construction of its own theoretical referential, because it is a question of a complex process, that involves several instances, as well as: individual, family, institution, community, society and mental health policy.

Key-words: Mental Health; Deinstitutionalization, Substance Use Related Disorders.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 12
1. INTRODUÇÃO 14
2. REVISÃO DA LITERATURA 22
2.1 A HISTÓRIA DO USO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS 22
2.2 O TRATAMENTO NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA 30
2.3 MODELOS E ABORDAGENS DE TRATAMENTO 34
2.4 O FENÔMENO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – Alguns dados epidemiológicos 38
2.5 POLÍTICA NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL 41
2.6 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL 50
2.7 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E DROGAS 54
3. PERCURSO METODOLÓGICO 60
3.1 TIPO DE ESTUDO 60
3.2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL 60
3.3. CATEGORIA DE ANÁLISE 62
3.4 O CAMPO DA PESQUISA 63
3.5 SUJEITOS DA PESQUISA E OS PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS 66
3.6 ANÁLISE DOS DADOS 67
4. ANÁLISE DOS DADOS 70
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS 70
4.2 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL 73
4.2.1 Morar/habitar 95
4.2.2 Trocar identidades/rede social 98
4.2.3 Trabalho/produzir e trocar mercadorias 101
4.2.4 Inclusão social/exclusão social 105
4.3 PROJETO TERAPÊUTICO INSTITUCIONAL 113
4.3.1 Adesão ao tratamento 131
4.3.2 Projeto terapêutico individual 177
4.3.2 Dificuldades 178
4.3.3 Facilidades 188
4.3.4 Concepção sobre os usuários de substâncias psicoativas 189
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 197
REFERÊNCIAS 203
APÊNDICE 220
ANEXO 225

APRESENTAÇÃO

Como psicóloga atuei em um hospital psiquiátrico trabalhando com pessoas que apresentavam transtorno mental e confrontei-me com algumas questões, uma delas dizia respeito à assistência prestada a estas pessoas. Durante os três anos de atuação em uma instituição de característica "fechada", pude observar que apesar das mudanças que ocorreram após a aprovação da Lei 10.216 e do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH, o hospital psiquiátrico consegue de certa forma, suprir as necessidades básicas (moradia, alimentação, higiene pessoal, dentre outras) dos indivíduos portadores de transtorno mental, que na maioria das vezes encontram-se sem suporte familiar e sem condições financeiras, mas trazem em si os limites da própria instituição reforçadora do estigma e da exclusão social. Muitas das inquietações despertas naquele período permanecem comigo até os dias de hoje, e serão explicitadas na seqüência do texto.

Muitos projetos eram realizados pensando em proporcionar ao indivíduo hospitalizado a oportunidade de vivenciar a cotidianidade[1] vivida por nós, os técnicos; a equipe se empenhava em desenvolver projetos terapêuticos individuais que buscavam além da melhora dos sintomas, a liberdade, a autonomia, a alegria e o contato social. Apesar de todos os esforços eu percebia que a maior parte dos trabalhadores, sobretudo os não técnicos, demonstrava medo dos usuários; o medo se fazia presente em várias situações, e eu acredito que com medo constante, troca-se muito pouco, conversa-se muito pouco, o toque torna-se praticamente inexistente, e com isso conhecemos muito pouco do outro, assim podemos diagnosticar, auxiliar, falar e até "tratar", mas jamais confiar e acreditar nas infinitas possibilidades do viver, ou seja, solidarizar-se!

[1] Cotidiano entendido a partir de três tipos de objetivações do gênero humano (objetivações genéricas em-si), que constituem a matéria-prima para a formação elementar dos indivíduos: a linguagem, os objetos (utensílios, instrumentos) e os usos (costumes) de uma dada sociedade, para melhor entendimento ver Heller A. O cotidiano e a história. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1989.

Com muitas questões em mente, o desejo de saber mais e de “poder fazer diferente” fui buscar cursos na área de Saúde Mental e tive a oportunidade de fazer o curso de Especialização em Saúde Mental, que enriqueceu a minha vida profissional, pois muito do que eu observava e acabava fazendo por dedução, respeito ao ser humano e bom senso, estava de acordo com o que era proposto por teóricos da área e pelo que era preconizado pela lei. Dentre as diversas formas de se prestar uma assistência digna, pude conhecer durante o curso a Reabilitação Psicossocial, que propõe respeitar o indivíduo na sua singularidade e necessidades, promovendo o aumento da sua contratualidade (afetiva, social e econômica) para que este tenha o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade, o que vem corroborar com a minha visão de mundo.

Durante a minha trajetória, narrada acima, ainda tive a oportunidade de iniciar um curso relacionado à temática de álcool e outras drogas, que me proporcionou um conhecimento aprofundado acerca do tema.

Diante do conhecimento teórico sobre a história das drogas, os efeitos das substâncias psicoativas no organismo, os modelos de tratamento disponíveis para os indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, as formas de controle destas substâncias, e etc. Somado à experiência prática que eu adquiria no hospital psiquiátrico, passei a questionar: e quanto aos usuários de álcool e outras drogas, a Reabilitação Psicossocial também pode ser uma estratégia de transformação de suas vidas, de ampliação da contratualidade e do exercício efetivo da cidadania? Poderíamos propor com a Reabilitação Psicossocial, uma atenção mais humanizada ao usuário de drogas e mais adaptada à sua demanda?

Esta reflexão fomentou o interesse para realizar este estudo sobre a Reabilitação Psicossocial como estratégia de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

1. INTRODUÇÃO

O fenômeno do uso abusivo[2] de substâncias psicoativas[3] na sociedade atual tem se construído como uma problemática acentuadamente complexa e, embora as transformações histórico-culturais e as inovações tecnológicas tenham sido marcantes nos últimos anos, as concepções e modelos da abordagem prática de tal fenômeno não têm avançado significativamente e requerem estudos e reflexões relacionadas às intervenções, bem como às políticas e saberes teóricos que têm subsidiado as mesmas (Souza, Kantorski, 2007).

O tema relacionado às drogas[4] vem ganhando uma visibilidade cada vez maior, estando presente na televisão, nos jornais e revistas; e também na internet. Conforme aponta Velho (1999, p. 23) "faz parte do senso comum, especialmente na imprensa, a noção de um mundo das drogas". Entretanto:

> A existência de um "mundo das drogas" vincular-se-ia à observação de redes sociais que organizam sua produção, distribuição e consumo, bem como a conjuntos de crenças, valores, estilos de vida e visões de mundo que expressariam modos particulares de construção social da realidade.

Nesta perspectiva, não faz sentido falar de um "mundo das drogas" associando-o somente às atitudes e comportamentos, supostamente, homogêneos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, visto a heterogeneidade dos modos de consumo, das razões, crenças, valores, ritos, estilos de vida e visões do mundo que o sustentam e propagam. Por conseguinte, é primordial compreender que o uso das drogas não deve ser

[2] Uso abusivo entendido como "padrão desajustado de uso, indicado pela continuação desse uso apesar do reconhecimento da existência de um problema social, ocupacional, psicológico ou físico, persistente ou recorrente, que é causado ou exacerbado pelo uso recorrente em situações nas quais ele é fisicamente arriscado" (Bertolote, 2004).

[3] Uma substância que quando ingerida afeta os processos mentais (Bertolote, 2004).

[4] Droga é definida, neste estudo, como: qualquer substância que ao ser ingerida, altere a função biológica e possivelmente sua estrutura; são substancias utilizadas para produzir alterações, mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional. As alterações causadas por essas substâncias variam de acordo com as características da pessoa que as usa, qual droga é utilizada e em que quantidade, o efeito que se espera da droga e as circunstâncias em que é consumida (Silveira, 2004).

examinado isoladamente, já que “todas as tentativas de explicações genéricas, baseadas em premissas fisiológicas e psicológicas, tenderam a ficar no nível da rotulação e da estigmatização” (Velho, 1999, p.27).

Velho (1999) ainda lembra que a cada período em que se consome a droga, o consumo tem um significado diferente; e insiste que para compreender o fenômeno das drogas, assim como qualquer outro fenômeno, é indispensável a sua contextualização.

Desde os tempos mais remotos, o ser humano procurou fugir de sua condição natural cotidiana, utilizando substâncias que aliviassem seus males ou que lhes proporcionassem prazer, logo o consumo de drogas é tão antigo quanto à humanidade.

Encontram-se referências sobre o uso de substâncias psicoativas desde 10.000 a.C., pelos gregos e chineses que utilizavam a maconha com fins medicinais e desde 4.000 a.C., em que os povos da Sumária (atual Irã) utilizavam o ópio, a qual chamava planta da felicidade.Portanto, consumir drogas corresponde a uma prática humana milenar e universal. Não existe sociedade sem drogas, tanto que os padrões de consumo, os seus modos de uso, espécies e freqüências, podem representar um importante revelador antropológico: pelo estudo deste consumo, é possível tirar conclusões sobre a organização de uma determinada sociedade, seus sistemas, crenças e mitos, suas representações existenciais e religiosas (Bucher, 1992).

Segundo Calanca (1991) foi com o passar dos séculos, que o recurso às drogas, inicialmente de cunho religioso ou médico, disseminou-se com o homem nas suas migrações, marginalizando-se ou tornando-se culturalmente aceitável.

Atualmente, o consumo de álcool e outras drogas está inserido no cotidiano de grande parte da população mundial. Tal realidade está associada a uma série de outras situações de risco à saúde e, vem sendo observada em diferentes países, em todos os continentes.

As drogas, lícitas e ilícitas, devido às conseqüências do seu uso abusivo e à influência que exercem nos fatores externos (acidentes de

trânsito e de trabalho, violência domiciliar, problemas familiares, perdas afetivas), querem pelo consumo, querem pelo tráfico, além de seus reflexos na saúde pública (decorrente de internações, atendimentos de emergência, e outros) se constituem, de fato, em problema social no Brasil e no mundo (Souza, Kantorski, 2007).

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. Por volta do século 385 a.C, Hipócrates descreveu o uso de álcool como um fator predisponente a várias doenças e abordou a questão do *delirium tremens* em seu livro sobre as epidemias (Fortes, 1975). Tanto na Europa quanto nos Estados Unidos da América, o consumo de álcool aumentou, consideravelmente, no século XVIII, após a Revolução Industrial e as transformações econômicas, políticas e sociais dela decorrentes.

Numa perspectiva histórica, pode-se dizer que a droga tornou-se um problema de saúde pública a partir da metade do século XIX. Tendo a sua dimensão moderna com o progresso da química industrial, da farmacologia e da medicina (Calanca, 1991).

Na atualidade, é inegável a constatação de que o uso de álcool e outras drogas tomou a proporção de um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, pela comprovação da relação entre o consumo dessas substâncias e os agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. O enfrentamento dessa problemática constitui-se em uma demanda mundial, uma vez que a Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que 10% das populações dos centros urbanos do mundo fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de escolaridade e classe social. Tal dado epidemiológico aparentemente encontra ressonância também no território brasileiro (Ministério da Saúde, 2004c).

Entretanto, em contraste com a maioria dos países considerados centrais e semiperiféricos[5], a maioria dos estudos epidemiológicos sobre o consumo de drogas no Brasil são recentes, datando do ano de 1980. Antes disso, o Brasil praticamente não dispunha de dados epidemiológicos consistentes e, portanto, não se tinha idéia da situação nacional em relação às drogas, ou seja, até os anos de 1990 muito pouco se pesquisava acerca do assunto, tendo a ausência de investigações científicas levado a equívocos devido à importação de modelos de outras realidades (Bucher, 1995; Carlini-Cotrim, 1992).

Assim, as ações que estão sendo realizadas, no sentido de compreender e solucionar o problema do álcool e outras drogas no Brasil podem ser divididas em duas fases: até o advento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, quando o Brasil se caracterizava pela ausência quase total de pesquisas e pela inadequação de programas de prevenção no consumo de drogas; e após a constatação da epidemia da AIDS, quando os programas de prevenção à transmissão do vírus HIV passaram a preocupar-se com o compartilhamento de materiais para o uso de drogas injetáveis (Soares, Canoletti, 2005).

Com a implantação e regulamentação do Sistema Único de Saúde – SUS, instituído pela Constituição de 1988, configurado como: um conjunto de ações e serviços de saúde que tem por finalidade a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira teve como objetivo primordial a garantia do acesso de todos a uma assistência integral e eqüitativa à saúde. Nesse contexto, ocorreu uma reformulação profunda da assistência à saúde, visando à consolidação de uma rede de cuidados regionalizada, hierarquizada e integrada (Ministério da Saúde, 2004c).

Entretanto, o desafio no campo de álcool e outras drogas requer a incorporação de conceitos que contemplem a magnitude e a complexidade de tal fenômeno, considerando a transversalidade indispensável, em um cenário que se apresenta mediante a crise econômica e social, dos valores

[5] Para aprofundar o assunto sobre países centrais, semiperiféricos e periféricos ver Santos BS. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez. 1995.

humanos, da perda de auto-estima, aumento da exclusão social e preconceito, no tocante às concepções sobre o consumo de drogas, em nossa sociedade.

Contudo, no campo da saúde mental, a aprovação da Lei nº 10.216, em 2001, propiciou a transformação das práticas e saberes antimanicomiais já em desenvolvimento, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas; a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade, valorizando a territorialização do atendimento, a partir da estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais adequadas às variadas demandas desse segmento da população como: assistência à saúde, benefícios sociais, esporte, lazer, cultura, moradia, trabalho, educação e outros.

Assim sendo, tornou-se necessária a construção de uma rede de assistência baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial localizada no território e articulada a outros setores sociais, objetivando a Reabilitação Psicossocial e a reinserção social dos usuários que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Tais dispositivos devem utilizar como referência a lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

Neste sentido, a Reabilitação Psicossocial é um processo que implica a abertura de espaços de negociação para o paciente, sua família e a comunidade circundante, introduzindo o conceito de contratualidade, ou seja, a capacidade de engendrar contatos sociais, que permitirá ao usuário subverter o processo de reclusão que é resultado dos efeitos da doença mental e da exclusão social (Saraceno, 2001).

Para Saraceno (2001) existe uma relação estreita entre cidadania e saúde mental, posto que um indivíduo que não goze plenamente da

cidadania é um risco para a sua saúde mental, assim como um indivíduo que não goze plenamente de saúde mental estará impedido de exercer sua plena cidadania social. Portanto, a questão central na Reabilitação Psicossocial está relacionada à elevação do sujeito de sua condição de doente mental para a condição de cidadão.

Nesta direção, entendemos que somente a noção de cidadania, a qual compreende o uso de drogas como uma questão de direito e não de crime, doença ou pecado, permitirá uma maior reflexão por parte dos serviços, dos profissionais de saúde e da sociedade no que se refere aos "problemas" originados pela forma de compreendermos as drogas e não necessariamente pelo seu uso.

No contexto da Reforma Psiquiátrica, a Reabilitação Psicossocial deve procurar restituir a subjetividade do indivíduo na sua relação com a instituição, possibilitando a recuperação da contratualidade, ou seja, da posse de recursos de trocas sociais e, conseqüentemente, para a cidadania social (Saraceno, 2001).

É nessa perspectiva que se insere a discussão da Reabilitação Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas, no sentido de desenvolver estratégias e ações intra-setoriais e intersetoriais efetivas com o propósito de que estes possam assumir sua condição de sujeito social.

O campo escolhido para a realização da pesquisa foi o Centro de Referência para Álcool, Tabaco e outras Drogas – CRATOD[6], que é uma instituição pública da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, instituído pelo Decreto Nº. 46.860, de 25 de junho de 2002 e tem como uma de suas finalidades tornar-se referência na definição de políticas públicas para a promoção de saúde, prevenção e tratamento dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas. O CRATOD encontra-se instalado em um equipamento com história no campo da saúde

[6] A missão do CRATOD é ser um pólo de coordenação e implementação de políticas públicas relacionadas à promoção de saúde, prevenção e tratamento de transtornos causados pelo uso de tóxicos e gestão de bebida alcoólica. Atua no centro da cidade, abrangendo as subprefeituras da Sé, Lapa e Mooca. Esse centro é integrante do SUS. (http://www.reduc.org.br/news.php?recidnot=43).

mental, pois anteriormente à criação do CRATOD, ali era o Núcleo de Gestão Assistencial 10 – NGA 10.

Assim sendo, este estudo tem como finalidade contribuir com a discussão sobre a Reabilitação Psicossocial, refletindo criticamente sobre as intervenções realizadas neste serviço, buscando desvelar práticas e saberes reabilitadores, no sentido da produção de autonomia e emancipação dos usuários, identificando as principais facilidades e dificuldades, bem como as possíveis contradições enfrentadas pelos técnicos nas suas intervenções. A escolha do CRATOD se justifica pelo fato da instituição ser um Centro de Referência para todo o Estado de São Paulo.

Portanto, nesta investigação sobre a representação dos técnicos de saúde mental acerca da Reabilitação Psicossocial, buscamos responder algumas questões como: As ações reabilitatórias desenvolvidas no serviço reforçam o caráter regulatório ou promovem a emancipação dos usuários deste serviço? Estas ações correspondem aos princípios da Reforma Psiquiátrica e dos pressupostos da Reabilitação Psicossocial? As ações desenvolvidas reforçam ou desconstroem o paradigma psiquiátrico de exclusão e controle social dos usuários?

Para apreender essa realidade os objetivos delineados foram:

1. Identificar a representação social dos profissionais técnicos do CRATOD acerca da Reabilitação Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas.
2. Identificar como a Reabilitação Psicossocial está inserida nas práticas dos profissionais técnicos do CRATOD.
3. Verificar a articulação entre as intervenções da equipe técnica com as estratégias de Reabilitação Psicossocial, segundo os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Ressaltamos que na análise dos dados, não há separação entre drogas lícitas e ilícitas e em certos momentos ao se falar de drogas, incluí-se tanto o álcool como outras substâncias lícitas a exemplo do tabaco.

A questão diagnóstica adotada para os indivíduos que consomem álcool e outras drogas que distingue uso, abuso ou dependência a partir da classificação Psiquiátrica Americana, descrita na DSM- IV e com base na Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde, a CID 10, não estarão sendo consideradas ao discutirmos o fenômeno. Os indivíduos serão chamados de usuários sem a preocupação diagnóstica acima, por fazerem uso do serviço eleito e por ser este o termo introduzido pelo SUS (Leis 8.080/90 e 8.142/90) utilizado no campo da saúde mental e coletiva para enfatizar o protagonismo dos sujeitos, invertendo a lógica da passividade contida no termo paciente.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A HISTÓRIA DO USO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

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

Para Velho (1997) a relação das sociedades humanas com as drogas expressa por um lado, uma relação com a natureza e por outro, um processo singular de construção social da realidade. Nenhum grupo social deixou de assinalar o reconhecimento de alterações de percepção e de relação com o mundo à sua volta.

Nesta perspectiva, torna-se fundamental tratar a questão do consumo de drogas de maneira contextualizada, sem dimensioná-la inadequadamente para mais ou menos, evitando assim a adoção de posturas preconceituosas e julgamentos de base ideológicos conforme aponta Velho (1997). Diante do exposto, qualquer proposta de análise referente a este tema, precisa considerar os muitos significados assumidos pelas drogas nas diversas culturas e épocas, remetendo-o para além de seus aspectos farmacológicos.

A palavra “droga” provavelmente deriva do holandês *droog,* que significava produtos secos e servia para designar, dos séculos XVI ao XVIII, um conjunto de substâncias naturais utilizadas na alimentação e na medicina. Mas o termo também foi utilizado na tinturaria, ou como substância que poderia ser consumida por mero prazer. Tal noção continua presente no Dicionário da Língua Portuguesa Recopilada, de Antonio de Moraes Silva, de 1813, que apresenta uma definição de droga: “Todo o gênero de especiaria aromática; tintas, óleos, raízes oficiais de tinturaria e botica. Mercadorias ligeiras de lã, ou seda” (Carneiro, 2005, p.10).

Verificamos que a palavra droga é um termo polissêmico, podendo ter vários sentidos, o mais conhecido popularmente é a idéia de algo ruim, ou ainda, drogas como algo que traz violência, mortes, dependência, etc.

Ao longo da história da humanidade, inúmeras substâncias foram utilizadas como estimulantes, são exemplos: café, cafeína, noz-vômica e estriquinina, arsênico, tabaco e nicotina. Foi a partir da *Ephedra vulgaris*, planta asiática de clima temperado, que um japonês, *Nagai,* extraiu em 1985 a efedrina. Há muito tempo esta planta já era conhecida na China, sendo utilizada, com o nome de *ma-huang*, como medicamento para asma (Touzeau D, 1991).

O estudo de suas propriedades simpaticomiméticas levou à síntese da benzedrina em 1931 e, posteriormente, à da dexedrina e da metilanfetamina. Estas anfetaminas tinham, ao mesmo tempo, as propriedades da adrenalina e da efedrina. As anfetaminas foram utilizadas desde a sua comercialização como produto de substituição de cocaína e seu uso era muito comum até pouco tempo atrás, quer como estimulante entre os estudantes, esportistas, militares e homens de negócios, quer como moderadores de apetite nos regimes para emagrecer. Nos anos 50, do século passado, a sua utilização foi regulamentada e muitas foram retiradas do mercado, foi neste momento que a história da droga se uniu à do produto farmacêutico (Touzeau, 1991).

A cocaína é um estimulante natural extraído das folhas do *Erythroxyon* coca e novogratense, arbustos que crescem nos Andes; destacando-se Equador, Peru e Bolívia; como também na Colômbia, na Costa das Antilhas e na América do Sul. Os nativos da América do Sul já mascavam as suas folhas há milênios. No entanto, a cocaína, alcalóide obtido da folha da coca, sob a forma de pequenos cristais, a partir dos quais Niemann, em 1859, determinou a fórmula química, somente foi isolada no século XIX (Touzeau, 1991).

Considerada euforizante, a cocaína foi proposta como antídoto dos depressores do sistema nervoso e como tratamento do alcoolismo e da morfinomania. Freud, em 1884, interessou-se pelos efeitos estimulantes no sistema nervoso, experimentou-a em si próprio e mostrou-se favorável à sua utilização: “uma pequena dose fê-lo flutuar de maneira maravilhosa” (Touzeau, 1991).

Neste mesmo período, Von Holler, utilizou pela primeira vez a cocaína como anestésico local, em uma cirurgia oftalmológica. Paralelamente, a cocaína obteve sucesso como verdadeira panacéia apresentada sob a forma de comprimidos, ungüentos, cigarros e bebidas como a coca-cola e o vinho Mariani, que chegou a receber a aprovação do Papa Leão XIII. Assim que foi constatada a sua ineficácia no tratamento das morfinomanias, desenvolveu-se uma epidemia de cocainomania por via nasal, inquietando as autoridades que acabaram regulamentando o uso da cocaína (Touzeau, 1991).

A cocaína pode ser usada de várias maneiras: mascada (forma comum na cultura dos povos andinos), aspiração nasal (sendo absorvida diretamente na mucosa nasal) em injeções endovenosas e na forma cristalizada, fumada como cigarros, o chamado "*crack*".

O cânhamo origina-se da *Cannabis sativa*, espécie herbácea advinda da Ásia Central. Suas virtudes inebriantes, desde a antiguidade, eram conhecidas e utilizadas pelos sacerdotes indianos em cerimoniais por suas características inebriantes. Da Índia, sua utilização atingiu o Oriente Próximo e depois os países do norte da África. No século XIX, os médicos ingleses da Índia introduziram-na no continente europeu (Touzeau, 1991).

No Brasil, o uso da *cannabis* tem registro histórico cultural peculiar: desde os tempos de descoberta do país (1500 d.C.) há relatos de viajantes portugueses que faziam uso da substância e exaltavam suas qualidades como intensificadoras de "emoções" preexistentes, sendo, provavelmente, os primeiros a trazer essa substância para o país. Com a formação de duas classes sociais, uma aristocrática e outra formada por escravos e pobres, este uso parece ter-se mantido em ambas nos séculos subseqüentes, até o início do século XX, quando começa a haver uma tentativa de normatização desta substância em termos legais, influenciada por mudanças que ocorriam neste sentido nos EUA (Labigalini, 2000).

É interessante notar que no período anterior à abolição da escravatura no país, no final do século XIX, o uso de *cannabis* parecia ser de conhecimento dos proprietários dos grandes latifúndios, tanto que o uso não era reprimido, pois se acreditava que este uso diminuiria as

possibilidades de rebelião entre os escravos. Contudo no início deste século, a partir da influência das novas normatizações americanas, a *cannabis* começa culturalmente a ser identificada com as demais substâncias que também passaram a ser proibidas (Labigalini, 2000).

A *cannabis* pode ser utilizada das seguintes formas: resina (haxixe), no estado natural, em que as folhas são colhidas, secadas e trituradas e então fumadas (maconha) e o haxixe líquido (destilado oleoso bastante concentrado) que pode ser sorvido e, até injetado por via venosa.

Enraizado na vida social, o uso de plantas alucinógenas sagradas foi a fonte de práticas místico-religiosas (chamanismo, *yoga*), até mesmo de religião constituída. Mais recentemente, o movimento psicodélico, fez delas uma panacéia capaz de estimular as capacidades criativas artísticas. Os pontos de convergência foram ressaltados por Henry Ey que, no tratado das alucinações, nos lembra: o que é comum a todas estas experiências de profundidade abissais, a todas essas visões do mundo interior, é precisamente que elas descobrem o mundo fantástico das imagens, desta realidade fantástica individual ou arquetípica, que é de um mundo de objetos imaginários. A hipótese de uma semelhança entre os estados psicóticos induzidos e a esquizofrenia levou à sua utilização em certos doentes, tendo como conseqüência o agravamento da sintomatologia. Esta idéia foi retomada de maneira original, e o dietilamida do ácido lisérgico – LSD, cuja síntese foi realizada em 1943, permitiu uma melhor compreensão do modo de agir da droga, como também de certos medicamentos antidepressivos (Touzeau, 1991).

Na história remota da humanidade, o ópio está presente. Sete séculos a.C, ele aparece numa tabuleta sumeriana encontrada em Nipur sob a forma de dois ideogramas, uma representando uma planta e outro, a alegria. O ópio era o símbolo da planta da felicidade! Ele faz parte da farmacopéia antiga; na mitologia grega, Morfeu agita papoulas para adormecer os mortais. O Nepentes, beberagem mencionada na Odisséia pela suas virtudes sedativas e euforizantes, provavelmente continha ópio. O mesmo vale para a *teriaga* romana concebida por Galeno. Aliás, este tratamento

polivalente foi mantido pela farmacopéia francesa até 1908. O ópio por muito tempo teve utilização médica (Touzeau, 1991).

Ao lado da utilização médica, o ópio ocupou um lugar importante, seja por meio da opiofagia na Inglaterra, do uso do láudano como aperitivo na Europa Central, ou do ópio fumado em todo o mundo. A procura de um tratamento da morfinomania teve como conseqüência a descoberta, em 1879, da heroína ou diacetilmorfina (Touzeau, 1991).

Os agentes inalantes também eram utilizados em todas as épocas. Cada época, cada geração marcou sua preferência por determinado produto. Há um século, a etermania foi considerada um flagelo social. Na Irlanda, desenvolveu-se uma verdadeira epidemia. O éter era bebido no lugar do álcool proibido.

Atualmente, são utilizadas, sobretudo, as colas (que contêm acetona, o acetato de hetil, o hexano, o tolueno e o benzeno), os anestésicos voláteis (o éter, o protóxido de nitrogênio e o tricloretileno), os solventes, removedores e diluentes de tinta (contendo acetona), e os gases propulsores de aerossóis à base de fluorcarbono, mas também a gasolina e os gases do escapamento de automóveis.

Os problemas relacionados ao uso do álcool nem sempre foram os mesmos e também não tiveram a mesma dimensão, pois a relação do homem com a bebida alcoólica vem mudando desde os primórdios, principalmente nos últimos séculos.

Embora a embriaguez como doença fosse classicamente considerada como produto do século XIX, parece haver pouca dúvida de que elementos do conceito estivessem presentes no século XVIII e mesmo anteriormente (Berridge, 1994).

Foi Thomas Trotter, na Inglaterra, em fins do século XVIII que apontou a ebriedade como uma doença capaz de provocar transformações no corpo e desorganizar funções que asseguram a saúde. Ainda, acreditava que a ebriedade era uma das causas da loucura, “cuja incidência crescia nos

hospitais, asilos e instituições especiais recém-criadas para etilistas" (Fortes, 1991, p. 13).

Assim como Trotter, Pinel no início do século XIX apontou a embriaguez como causa possível dos distúrbios psíquicos, mas considerava estes distúrbios mais como um comportamento anormal do que como resultado da ação do álcool sobre o cérebro (Fortes, 1991).

Na América, nessa mesma época, Benjamin Rush, considerou o uso disfuncional do álcool como uma doença ou "transtorno da vontade". O beber, segundo ele, começava como um ato livre de vontade, caindo no hábito e, finalmente, afundando na necessidade (Rush, 1791 apud Berridge, 1994).

Durante a primeira metade do século XIX, desenvolveu-se o conceito de doença em relação ao álcool, em particular no continente europeu. Em 1819, o alemão Bruhl-Cramer, empregou a expressão "dipsomania" para designar os bebedores excessivos, que eram vistos como doentes que experimentam um desejo tirânico pelas bebidas alcoólicas. O francês Esquirol considerou a embriaguez como uma forma de monomania, um sintoma, uma síndrome, e não a causa da doença. O sueco Magnus Huss que utilizou pela primeira vez na história a expressão alcoolismo crônico, no entanto, não via o alcoolismo como uma questão exclusivamente médica, mas como um problema complexo, técnico e moral (Fortes, 1991).

Na Europa e nos Estados Unidos da América (EUA), a partir de 1830, devido aos casos de intoxicação crônica grave e recidivantes, foram criadas instituições exclusivas aos alcoólatras, que acabaram por favorecer a divulgação do *slogan*: "a intemperança é uma doença". Fortes (1991) aponta o grande interesse por parte da direção destes hospitais para etilistas, em apresentar a questão do alcoolismo como um problema de natureza exclusivamente médica, por razões de cunho financeiro, visto que o tratamento em regime de internação ou ambulatorial principalmente para os pacientes mais abonados, oferecia bons lucros tanto para o médico, quanto para a instituição.

Mais tarde surge nos EUA um movimento social denominado "Temperança", cujo objetivo era de controlar o consumo de álcool que continuava a crescer. Esse movimento estava estruturado nos conceitos morais da época, os alcoólatras não eram mais doentes, eram delinqüentes para os quais se propunha um exílio. Paralelamente a isso, alguns médicos discutiam o conceito de doença versus o conceito moral, embora todos concordassem com a complexidade do problema (Babor; Lauerman, 1986). Este movimento culminou com a proibição da fabricação e do uso do álcool, por meio da "Lei Seca" (1919-1932). Após este período, um movimento social contrário levou à revogação desta lei pelo presidente Franklin D. Roosevelt.

Neste momento, a comunidade científica dos EUA voltou a preocupar-se ainda mais com o problema. As pesquisas passaram a ser cada vez mais definidas e objetivas. A Justiça e a polícia requisitavam com maior freqüência a realização de pesquisas bioquímicas e de testes de personalidade nos casos de interesse médico-forense. A concepção de alcoolismo-doença se transforma em uma hipótese de trabalho, para a realização de novas pesquisas buscando orientar tratamentos para o alcoolismo e para a mobilização da comunidade na profilaxia do mesmo (Fortes, 1991).

Na sociedade americana, além da opinião pública, as universidades acorreram, e entre elas, a de Yale, onde em 1940, Jellinek divulga suas reflexões referentes ao alcoolismo como uma doença, propondo uma divisão dos seus "portadores" de acordo com uma tipologia empiricamente determinada. Seu livro, "*The Disease Concept of Alcoholism*", publicado em 1960, foi um marco na evolução deste conceito e classificava os pacientes por meio do consumo de álcool em: Alfa, Beta, Gama, Delta e Epsilon (Fortes, 1991).

Embora a expressão alcoolismo, empregada há mais de cem anos, tenha adquirido foro de universalidade, tem sido objeto de críticas. Na Classificação Internacional de Doenças (CID9), aprovada pela Assembléia Mundial de Saúde de 1976, o termo "alcoolismo" foi substituído pelo título de

"Síndrome de Alcooldependência", que também não satisfez plenamente, sendo considerada um tanto confusa sob o ponto de vista terminológico (Fortes, 1991).

Em 1976, Edwards e Gross propuseram o conceito de "Síndrome de Dependência do Álcool", ampliando a visão anterior, em que o indivíduo era reconhecido como alcoólatra ou não alcoólatra. A dependência de álcool passou a ser definida como um conjunto de sintomas e sinais decorrentes do uso disfuncional da substância. São introduzidos os conceitos de tolerância e de abstinência (Elkis, 1991).

Em 1977, a Organização Mundial de Saúde adotou a definição da dependência de álcool como: uma síndrome com um *continuum* de gravidade, referindo-se a um grupo de sintomas caracterizados pela perda da capacidade de controlar a ingestão de substâncias psicoativas, ênfase no consumo, tolerância[7], síndrome de abstinência[8] e consumo da substância para aliviar os sintomas de abstinência (Babor, 1994), e publicou um relatório no qual é muito clara a distinção desta ordem, em duas categorias: o abuso e a dependência. O reconhecimento desta diferença também estava presente no DSM-III (1980), tanto em relação ao álcool como para outras drogas psicoativas. O conceito de síndrome de dependência se consolidou, sendo consenso nos instrumentos diagnósticos subseqüentes como o DSM-IV e a CID-10. Ambos reduziram os sintomas necessários para o diagnóstico de dependência e ampliaram o período com esta sintomatologia necessário para determinar a instalação da síndrome.

Para Fortes (1991), nos últimos 25 anos, a população em geral e os profissionais da saúde, até modificaram a forma de ver o alcoolista, entretanto, ainda há muitas pessoas que ao se referirem a estes sujeitos, fazem restrições de ordem moral, usando expressões pejorativas, atribuindo os excessos alcoólicos aos desvios morais, ao vício, a procedimentos

[7] Necessidade de crescentes quantidades das substâncias usadas para alcançar os efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (Bertolote, 2004).
[8] Um grupo de sintomas físicos e psíquicos de configuração e gravidade variáveis que ocorrem após a cessação ou redução do uso de uma substância que vinha sendo usada repetidamente e geralmente após um longo período e/ou em altas doses (Bertolote, 2004).

susceptíveis de censura e castigo, reminiscências de épocas passadas quando os embriagados eram punidos, encarcerados e chibateados.

2.2 O TRATAMENTO NUMA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Em um determinado momento histórico, a partir do século XIX, o uso das drogas passa a ser visto como um problema por certas sociedades. Segundo Sáad (2001) é nesse contexto que aparecem as noções de dependência de drogas ou de perda do controle no consumo da substância, compreendida como causadora de prejuízos físicos, emocionais e sociais. Para lidar com este fenômeno, surgem diversos tipos de tratamentos que buscam controlar este "mal", que variam de acordo com a filosofia existente sobre qual seria a causa deste problema.

Os estudos sobre tais tratamentos, em sua maioria, foram desenvolvidos pela sociedade americana e o álcool se constituiu como substância principal de investigação num primeiro momento, e posteriormente, se estendendo às outras substâncias.

Dentre os movimentos sociais americanos destacou-se o Movimento de Temperança, que ocorreu nos EUA e em alguns países europeus, configurando-se como um marco na divisão de uma posição mais liberal com respeito ao uso do álcool, para outra mais moralista, ligada à Igreja Protestante. Em suma, parte de uma visão da moralidade cristã em que o indivíduo dependente de álcool é alguém "fraco de caráter", que não consegue resistir às tentações.

Como já foi mencionado anteriormente, o primeiro autor a mencionar o uso de álcool como doença foi Rush, em 1810. Para Rush, os bêbados eram adictos à bebida e a dependência se dava de maneira progressiva e gradual. Portanto, os adictos deveriam abster-se dela de modo repentino e abrupto. Pensamento este, presente na maioria das propostas de tratamento da atualidade, ainda predominante nos EUA e que muito influenciou a filosofia dos grupos de mútua-ajuda, como Alcoólicos Anônimos (AA) e

Narcóticos Anônimos (NA), sendo uma das formas de tratamento mais difundidas no mundo e que até hoje está presente na maioria das instituições de assistência.

Os Alcoólicos Anônimos (AA) surgiram nos EUA, na década de 30 do século passado, e se espalharam por todo o mundo. A irmandade foi criada por dois indivíduos dependentes do álcool que descobriram na conversa entre "iguais", uma forma de ajuda para seu sofrimento e assim criaram uma filosofia de recuperação fundamentada em 12 passos e 12 tradições. Trata-se de um programa baseado na abstinência completa, que tem como suposto a noção de que o alcoolismo é uma doença que acomete, aleatoriamente, algumas pessoas. Baseados nesta premissa são propostos para estas pessoas que evitem o primeiro gole, vivenciando um dia de cada vez, sendo estimulado o intercâmbio da experiência etílica entre alcoolistas, eixo básico dessa proposta (Musumeci, 1999). Os Narcóticos Anônimos (N.A) surgiu mais tarde, destinado aos dependentes de outras drogas, portando a mesma filosofia de recuperação do A.A.

Para Campos (2004) a estratégica terapêutica dos AA não visa apenas a abstinência de bebidas alcoólicas, mas visa, sobretudo, a manutenção da sobriedade do alcoólico, por meio da integração da pessoa num novo projeto de vida, que possibilita uma "unidade de experiência", isto é, atribuindo novos significados aos eventos vividos e à construção de novas formas de viver.

Segundo Sáad (2001), o Movimento de Temperança perdeu força no final do século XIX, sendo substituído por uma geração que mudou o paradigma anterior. O novo paradigma ficou conhecido como Movimento Proibicionista, em que o problema passa a ser atribuído não ao álcool propriamente dito, mas ao indivíduo que não sabe se controlar e que não é considerado vítima, mas "uma peste e ameaça" à sociedade.

De acordo com Toscano Jr. (2001), nesse período, o foco dos estudos mudou dos conceitos da adição para a relação do álcool com os acidentes e crimes, o que levou esta problemática a ser alvo de interferência do campo jurídico. Entretanto, no século XX, entre a primeira e a segunda Guerra

Mundial, ocorreu a associação entre o conceito de alcoolismo e adição e a introdução da psicologia neste campo, o que contribuiu para a construção de um novo discurso especializado que veio a influenciar o surgimento de clínicas ambulatoriais e a aplicação de técnicas psicoterápicas como alternativa ao tratamento custodial.

A visão criminal dura até 1948, quando outras idéias sobre "reabilitação" surgem e são criados os hospitais penais com a oferta de tratamento específico para a dependência de drogas, além do encarceramento dos "criminosos" envolvidos com drogas. Por volta de 1953, surge na Califórnia a modalidade de tratamento denominada Comunidade Terapêutica, que associava os conceitos de comunidades terapêuticas psiquiátricas com os conceitos desenvolvidos pelo AA. Essa "nova geração" de comunidade terapêutica, o *Daytop Village* vinculado ao Departamento Jurídico do *Brooklin*, ligava os conceitos jurídicos e criminais, sendo implementadas em várias prisões (Sáad, 2001).

Para Sáad (2001), a última fase da aplicação do modelo médico no tratamento de drogas ocorreu no sistema privado, que criou um modelo inédito consistindo em aplicar os conceitos do AA com a assistência dos profissionais da saúde. A proposta foi desenvolvida num hospital em Minnesota, atualmente, conhecida como "modelo Minnesota", que tinha como proposta um programa de internação de 28 dias, tempo máximo que o seguro de saúde americano cobria, e de 02 anos em acompanhamento ambulatorial. Grande parte dos tratamentos no Brasil se originaram ou ainda seguem os princípios do modelo Minnesota.

O Brasil, assim como outros países da América Latina, não viveu o "movimento de Temperança" propriamente dito, que incluiu as questões religiosas e sociais. Contudo, pode-se dizer que apresentou algum movimento de repressão com relação ao uso do álcool. As associações deste com a psiquiatria e com a justiça também são antigas (Sáad, 2001).

No decorrer da história da própria psiquiatria no Brasil, foram incorporadas diversas idéias européias, grande parte eugênicas, no tratamento do doente e da doença mental, o que não foi diferente no que diz

respeito ao uso do álcool. Em 1923 foi fundada, no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Sua formação teórica era francesa e sua prática norteada pela psiquiatria alemã. Seu pensamento sobre o alcoolismo era de que este tratava-se de uma doença hereditária que carecia de tratamento e prevenção a partir de medidas eugênicas (Sáad, 2001).

Até os anos 20 e 30, do século passado, o consumo do álcool não era visto como problema no Brasil, mas em 1931 a LBHM passa a focar suas atenções novamente no alcoolismo, apesar dos dados demonstrarem que nesse período, o número de internações por alcoolismo estava diminuindo. Destarte, a psiquiatria no início do século, saber dominante na temática do alcoolismo foi responsável, de certo modo, pela chegada de um saber jurídico no âmbito da repressão ao consumo do álcool (Sáad, 2001).

A visão brasileira acerca dessa problemática é demonstrada pelo código penal de 1940, tendo em seu conteúdo um caráter nitidamente repressivo, propondo a punição como forma de recuperação para o transgressor da lei. A partir deste ponto, para Sáad (2001, p. 23):

> A visão jurídica assume a responsabilidade pelo alcoolista e, posteriormente, pelo usuário de drogas, considerando os "viciados" com um potencial para o mal e para o crime devendo, portanto, ser excluídos do convívio social.

Na década de 50 do século passado, o saber médico reaparece, propondo uma nova compreensão ao problema do álcool/drogas. A preocupação com o uso do álcool passa a dar lugar às drogas arroladas como ilegais, e os sujeitos que fazem uso destas substâncias passam a ser vistos como doentes e marginais (Sáad, 2001).

Neste sentido, a Psiquiatria passa a dividir com o Direito a atenção aos usuários de drogas. Estes sujeitos têm como medida compulsória, sua internação em hospitais psiquiátricos sem que nenhuma abordagem específica seja dirigida a esta população. "O viciado é doente e criminoso a um só tempo". Esta visão dicotomizada prevalece na atualidade, inclusive em abordagens e percepções sociais (Sáad, 2001).

2.3 MODELOS E ABORDAGENS DE TRATAMENTO

Os principais modelos utilizados para o enfrentamento da problemática das drogas são: o modelo jurídico-moral, o médico, o psicossocial e o sócio-cultural. Estes modelos expressam a forma pela qual as distintas sociedades entendem o uso de substâncias psicoativas, assim como os fenômenos dele decorrentes.

O modelo jurídico-moral compreende as drogas ilícitas como perigosas e, portanto, torna-se necessário impossibilitar o acesso das mesmas à população. São evidenciados os efeitos perigosos da substância. Baseia-se nos conceitos de legalidade ou ilegalidade, de finalidade medicinal ou não-medicinal (Cruz et al, 1999).

No modelo médico, a droga, o indivíduo e o contexto são considerados, respectivamente, como agente, hospedeiro e meio-ambiente, como num esquema utilizado para doenças infecciosas. O papel mais importante entre os três elementos é o da droga, vista como o agente. As substâncias são definidas como causadoras de dependência e, alinhado ao modelo jurídico-moral, a ênfase é dada à droga como agente ativo (Cruz et al, 1999).

O modelo psicossocial considera o sujeito como um agente ativo. Preocupa-se com o significado do uso da droga e sua função para o indivíduo. Ressaltando que o uso da droga só faz sentido enquanto desempenha uma função para o sujeito.

O modelo sócio-cultural está centrado no contexto em que se desenvolve o uso da droga. Considerando não apenas os efeitos farmacológicos, mas, sobretudo, na maneira como cada sociedade vê o uso e os seus consumidores.

Para Bucher (1992), as formas de tratamento baseiam-se em três modelos clássicos: o psiquiátrico, o comportamental e o psicodinâmico ou relacional. Contudo, há um crescimento de formas experimentais que originaram um quarto modelo, o eclético ou alternativo, mas este ainda

carece de uma elaboração teórica consistente. Aqui se inserem diversas tentativas de terapias corporais, grupais, comunitárias, familiares e religiosas.

A forma mais clássica da sociedade lidar com o fenômeno das drogas tem sido por meio do atendimento psiquiátrico, ressaltando que o objetivo não era tratar os usuários de drogas, mas sim se opor e se defender destes indivíduos que recorrem às drogas para resolver seus conflitos, ou para escapar de um enquadramento social que para eles são inaceitáveis (Bucher, 1992). A principal intervenção neste modelo é a desintoxicação, utilizada para superar a síndrome de abstinência, por meio de internações que raramente são baseadas no desejo do paciente, mas ao contrário, representam uma imposição. A internação varia entre 28 a 30 dias e a alta se dá quando ocorre a superação da síndrome de abstinência e as eventuais debilitações orgânicas. No segundo momento, o paciente continuará em tratamento ambulatorial e sua continuidade dependerá diretamente dele e da habilidade do terapeuta em motivá-lo a permanecer no tratamento, contudo as chances de recaída são grandes uma vez que o contexto da vida da pessoa, suas relações familiares, profissionais e sociais, não foi trabalhado.

Na prática psiquiátrica em hospitais, assim como nos ambulatórios dos serviços públicos de saúde, prevalecem as considerações de ordem biológica e somáticas, ou seja, a atenção às alterações orgânicas provocadas pelas substâncias (Bucher, 1992). O autor ressalta que tais alterações são inegáveis e em muitos casos necessitam de cuidados médicos, no entanto, representam apenas uma vertente do fenômeno relacionado às drogas.

As técnicas de modificação do comportamento surgiram nos EUA e tinham como proposta auxiliar o indivíduo que fazia uso de substâncias psicoativas a aumentar a sua capacidade de autocontrole. As técnicas são oriundas de diversas disciplinas de observação do comportamento e da psicologia experimental. A abordagem comportamental foi alvo de atenção de amplos setores dos poderes públicos por apresentar-se como mecanismo eficaz de repressão e controle do uso de drogas, sendo consideradas

capazes de substituir os tratamentos tradicionais da psiquiatria ou da desintoxicação, descritos anteriormente (Bucher, 1992).

Sobre os resultados desse tipo de tratamento Bucher (1992) afirma que muitos pacientes não suportam a rigidez das instituições que trabalham nessa direção e acabam abandonando o tratamento, embora passem inicialmente por seleção criteriosa, em sua grande maioria.

O autor acima, ainda postula que a experiência demonstra que uma abordagem meramente técnica ou científica, seja ela psiquiátrica ou comportamental, pode até possibilitar a abstinência de drogas, entretanto, corre-se o risco do indivíduo substituir a dependência de drogas, por outra mais aceitável socialmente.

O modelo psicodinâmico ou relacional evidencia a importância da relação intersubjetiva como instrumento e meio de trabalho terapêutico. A abordagem é psicodinâmica, não psicanalítica propriamente dita, por não se referir à técnica, mas à teoria psicanalítica e à sua visão do homem influenciado por seu inconsciente, dividido e angustiado com seus conflitos. A história do indivíduo é fundamental no processo de recuperação, por estarem ali presentes, elementos que certamente, tiveram associação direta com a busca pelas drogas (Bucher, 1992).

Para o referido autor, o modelo relacional é o que mais se aproxima de um ideal humanista de atendimento aos usuários de drogas, por basear-se no princípio do respeito incondicional a estes indivíduos, bem como da sua subjetividade e historicidade, das suas vivências, dos seus sofrimentos e dos seus esforços para libertar-se da sua dependência.

A prevenção à recaída e a entrevista motivacional são outras abordagens que, atualmente, são utilizadas pelas instituições de tratamento e profissionais da área da saúde.

A Prevenção à recaída está associada a diversas técnicas cognitivas ou comportamentais. Esta abordagem tem como objetivo evitar a recaída, propondo que os pacientes identifiquem em suas vidas as possíveis situações de risco. A recaída não é vista como fatalidade sem explicação,

mas como um episódio que ocorre por meio de processos da cognição, comportamento e afeto (Edwards, 1997).

A Entrevista Motivacional (EM) foi desenvolvida por Miller e Rollnick, nos EUA na década de 80 do século passado, e tem como objetivo principal auxiliar o indivíduo a realizar mudanças em sua vida, considerando que a motivação para isso passa por certos estágios num determinado processo.

É uma técnica relativamente simples e com custo baixo, transparente, baseada em princípios cognitivos como entendimento dos problemas e reações emocionais frente a eles, estabelecimento de alternativas para modificação em padrões de pensamentos e implementação de soluções (Bundy, 2004 apud Andretta; Oliveira, 2005).

A EM segue dois princípios, o primeiro refere-se à ambivalência, considerada a essência do problema nos comportamentos dependentes. Entretanto, a ambivalência não é considerada um traço de personalidade, mas uma interação dinâmica entre o indivíduo e a situação aguda imediata com dimensões interpessoais e intrapessoais. O segundo princípio é o modelo transteórico que descreve a prontidão para a mudança como estágios motivacionais nos quais o indivíduo transita. Os estágios motivacionais são: pré-contemplação, contemplação, determinação ou preparação, ação, manutenção e recaída (Davidson,1997 apud Andretta; Oliveira, 2005).

Na EM, o terapeuta não assume um papel autoritário e diretivo, mas entende a responsabilidade pela mudança como algo a ser feito pelo próprio indivíduo, que é respeitado em suas escolhas e livre para aceitar ou não as orientações do profissional que o atende. As estratégias são mais persuasivas que coercitivas e mais encorajadoras que argumentativas, buscando criar uma atmosfera positiva que conduza à mudança.

2.4 O FENÔMENO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – Alguns dados epidemiológicos

Inicialmente marginal, concentrado em certas regiões do planeta, o fenômeno de consumo de álcool e outras drogas disseminou-se no mundo inteiro, predominando nos países industrializados da América e da Europa. Ambas as guerras mundiais vieram sucedidas por uma onda de consumo de drogas pesadas pelos adultos sem, contudo, constituir-se em um problema social. Após os anos 60 do século passado, a droga atinge uma população cada vez mais jovem, em um movimento de crítica a todo o sistema ocidental de valores (Calanca, 1991).

Do uso social o álcool passou ao uso problemático, sendo a droga mais consumida no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), aproximadamente dois bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas. Seu uso indevido é um dos principais fatores que contribuem para a diminuição da saúde mundial, sendo responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Quando esses índices são analisados em relação à América Latina, o álcool assume uma importância ainda maior. Cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos neste continente estão relacionados ao uso indevido dessa substância, índice quatro vezes maior do que a média mundial.

São unânimes as pesquisas referentes aos efeitos nocivos do uso do tabaco e os notórios casos de violência familiar, de acidentes de trânsito, dentre outros problemas relacionados à ingestão de álcool.

Dados do Ministério da Saúde (2007)[9] demonstram que grande parte dos acidentes de trânsito com vítimas está associado ao uso de bebidas alcoólicas pelo condutor do veículo ou pelo pedestre vítima de atropelamento. Uma pesquisa do ano passado, realizada pela Associação Brasileira de Medicina do Tráfego (ABRAMET) em quatro grandes capitais brasileiras (Curitiba, Brasília, Salvador e Recife) aponta que 61% dos

[9] Disponível em: http://www.abramet.org/servicosacoes/jornais/asp. Acesso em: 05/12/08.

acidentados haviam ingerido bebida alcoólica antes do acidente. A pesquisa também revelou que o jovem é sempre a maior vítima. Os gastos públicos do Sistema Único de Saúde (SUS) com tratamento de dependentes de álcool e outras drogas em unidades extra-hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), somaram entre 2002 e junho de 2006, a quantia de R$ 36.887.442,95. Além disso, outros R$ 4.317.251,59 foram gastos em procedimentos hospitalares de internações relacionadas ao uso de álcool e outras drogas no mesmo período. Vale salientar que esses valores incluem apenas os custos com o tratamento hospitalar e extra-hospitalar para o uso ou dependência de álcool e outras drogas, estando excluídas, portanto, as doenças e agravos à saúde decorrentes do consumo e dependência destas substâncias.

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, promovido pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em 2005, em parceria com o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), aponta que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool e cerca de 75% já beberam pelo menos uma vez na vida. Os dados também indicam o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces e sugerem a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

De acordo com este levantamento, a prevalência de uso na vida de qualquer droga, exceto tabaco e álcool, teve a maior porcentagem na região Nordeste, onde 27,6% dos entrevistados já fizeram uso de alguma droga. A região com menos uso na vida foi a Norte com 14,4%. No Brasil, o uso na vida para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) foi de 22,8%. Esta porcentagem é, por exemplo, próxima ao Chile (23,4%) e quase metade dos EUA (45,8%) (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

O uso na vida de álcool, nas 108 maiores cidades do País, foi de 74,6%, porcentagem inferior a de outros países (Chile com 86,5% e EUA, 82,4%). O menor uso na vida de Álcool ocorreu na Região Norte (53,9%) e o

maior na Sudeste (80,4%). A estimativa de dependentes de Álcool foi de 12,3% para o Brasil sendo que no Nordeste as porcentagens atingiram quase 14%. Em todas as regiões, observaram-se mais dependentes de Álcool para o sexo masculino. A relação entre o uso na vida e dependência mostrou que de cada quatro pessoas do sexo masculino que fazem uso na vida de álcool, uma delas torna-se dependente. A proporção para o sexo feminino foi de 10,1% (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

O uso na vida de tabaco foi de 44,0% no total, porcentagem inferior ao do Chile (72,0%), EUA (67,3%). Quanto à dependência de tabaco, 10,1% preencheram critérios para um diagnóstico positivo. As maiores porcentagens de dependentes de tabaco apareceram na região Centro-Oeste com 11,5% (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

O uso na vida de Maconha, nas 108 maiores cidades foi de 8,8%, resultado este, próximo aos da Grécia (8,9%) e Polônia (7,7%), porém abaixo dos EUA. (40,2%) e Reino Unido (30,8%). A Região Sudeste foi campeã em porcentagens de uso na vida (10,3%); também apresentou a maior prevalência de dependentes de Maconha com 1,4%. A menor porcentagem de dependentes apareceu na Região Sul (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

A prevalência de uso na vida de Cocaína nas 108 maiores cidades do País foi de 2,9%, sendo próxima à Alemanha (3,2%), porém bem inferiores aos EUA com 14,2% e Chile com 5,3%. A Região Sudeste foi aquela onde se verificaram as maiores porcentagens (3,7%) e a menor, no Norte com, aproximadamente 1% (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

O uso na vida de *Crack* foi de 1,5% para as maiores 108 cidades do País, cerca de duas vezes menor que no estudo americano. O uso de Merla (uma forma de cocaína) apareceu na região Norte com 1,0%, a maior do Brasil (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

O uso de Solventes foi de 6,1%, prevalência superior à verificada na Colômbia (1,4%) e Espanha (ao redor de 4,0%). Por outro lado, a prevalência do uso na vida de solventes nos EUA foi de 9,5%. A região

Nordeste teve as maiores porcentagens de uso dessas substâncias com 8,4% (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

O uso na vida de medicamentos sem prescrição médica teve um fato em comum: mais mulheres usaram do que os homens, para qualquer das faixas etárias estudadas. Os estimulantes aparecem com 3,2% de usuários na vida. Os benzodiazepínicos com 5,6% menos que o observado nos EUA (8,3%) (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas, 2006).

2.5 POLÍTICA NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL

A problemática das drogas é um fenômeno extremamente complexo. Não há soluções fáceis, desprovidas de risco, nos mais diferentes planos. Isso porque se combinam demandas distintas e contraditórias, que envolvem as responsabilidades dos poderes públicos (sobretudo, do Legislativo), os direitos individuais contemplados pelo ideário democrático (tão cioso, em sua melhor tradição, do respeito às minorias, quanto da integridade dos que porventura viessem a sofrer conseqüências negativas das ações facultadas pela liberdade conferida à minoria) e os mais variados interesses de máfias, monopólios, cartéis, aparelhos repressivos e instituições, saberes médicos, farmacológicos, preconceitos largamente difundidos e amplamente manipulados, desejos legítimos e interpretações particulares de experiência subjetivas e intersubjetivas associadas ao consumo de substâncias psicoativas (Soares, 1993).

Tanto que a saúde pública brasileira não se ocupava devidamente com o grave problema dos transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas. Uma importante lacuna na história da saúde pública foi se desenhando e a questão das drogas, foi sendo deixada para as instituições da justiça, da segurança pública, da pedagogia, das benemerências e das associações religiosas (Ministério da Saúde, 2007).

Neste sentido, a assistência ao usuário de álcool e outras drogas, historicamente, esteve vinculada ao modelo médico psiquiátrico ou religioso,

que tinha sua ênfase nas internações e no “pecador”, estes modelos acabavam excluindo os usuários da sociedade, estigmatizando-os e eram pautados no modelo moral, além de não contemplar esta problemática multifacetada.

A primeira iniciativa para a assistência a usuários de álcool foi efetivada no Brasil por meio do Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo do Álcool (PRONAL) (Brasil, 1987), no qual temos a atenção à saúde dirigida de forma específica para essa problemática, bem como a participação de diversos profissionais da saúde na assistência ao alcoolista e aos seus familiares. Entretanto, esse programa só foi implementado por gestores públicos no Distrito Federal e nos estados do Amazonas, Maranhão, Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul (Fornazier; Siqueira, 2006).

A Reforma Psiquiátrica brasileira teve seu início no bojo da Reforma Sanitária, porém seu processo foi intensificado no fim da década de 70, do século passado, e início da década de 80, do mesmo século e, foi marcado pela redemocratização do país e pela contestação do modelo de atenção psiquiátrica, o que conseqüentemente, propicia anos depois uma mudança na forma de atenção aos indivíduos portadores de sofrimento psíquico e influencia a mudança na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Em 1986, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve como desdobramento a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que contemplou os temas: Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre saúde e doença mental; Reforma Sanitária e Reorganização da Assistência a Saúde Mental; Cidadania e Doença Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental (Amarante, 1995).

Amarante (1995) considera que a I Conferência Nacional de Saúde Mental marca o fim da trajetória sanitarista e o início da trajetória de desinstitucionalização ou da desconstrução/invenção. Em 1987, acontece o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, que teve a participação não apenas de técnicos, mas também de lideranças municipais, usuários e familiares, que juntos buscaram tornar a opinião

pública favorável à luta antimanicomial, que adota o lema: “Por uma sociedade sem manicômios”.

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS no Brasil, em São Paulo, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção com repercussão nacional demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas as cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um dos marcos no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (Ministério da Saúde, 2005a).

No ano de 1989, o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), que propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios do país, é apresentado ao Congresso Nacional. É o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo.

Barros (2001) destaca ainda a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (II CNSM), em 1992, como um “marco histórico no processo de transformação da saúde mental”. Esta conferência teve a participação de diferentes atores sociais, que debateram os seguintes temas: rede de atenção em saúde mental, transformação e cumprimento de leis, e direito à atenção e à cidadania.

Em 1990 passam a vigorar no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos, marcadas pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e

pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2005a).

Neste período, as novas normatizações do Ministério da Saúde, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos (Ministério da Saúde, 2005a).

É somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a lei Paulo Delgado é sancionada no país. Assim, a Lei Federal 10.216, de 06 de abril de 2001, redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. É no contexto da promulgação da Lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que a política de saúde mental do governo federal, alinhada com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, passa a consolidar-se, ganhando maior sustentação e visibilidade (Ministério da Saúde, 2007).

Vale ressaltar que o caminho percorrido até o momento, explicitando a Reforma Psiquiátrica, se faz necessário para o entendimento da construção da Política Nacional sobre Álcool e outras Drogas, visto que as diretrizes para uma política ministerial para estes indivíduos estão em consonância com os princípios da política de saúde mental vigente – preconizada, articulada e implementada pelo Ministério da Saúde; uma vez regulamentada e respaldada pela Lei Federal 10.216 de 2001, que constitui a política de Saúde Mental oficial para o Ministério da Saúde e para todas as unidades federativas. Assim sendo, esta lei também vem a ser o instrumento norteador máximo para a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, a qual se encontra em sintonia para com as propostas e pressupostos da Organização Mundial da Saúde (Delgado, 2002 apud Ministério da Saúde, 2004c).

Assim, com o intuito de subsidiar à III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde realizou em Brasília, no ano de 2001, um Seminário de cunho técnico sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas, enfocando a discussão sobre a organização da rede de serviços e visando o aprimoramento constante da assistência a estes usuários (Ministério da Saúde, 2004c).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental (IIICNSM), em 2001, evidenciou de forma ética e diretiva, a (re) afirmação e (re) elaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, garantindo o seu atendimento pelo Sistema Único de Saúde e, ao mesmo tempo, considerando o caráter multifatorial do uso de álcool e drogas (Ministério da Saúde, 2004c).

Viabilizando as deliberações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde publicou portarias voltadas para a estruturação de rede de atenção específica a estas pessoas. A Portaria GM/336 de 2002 (Ministério da Saúde, 2002) define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental – os "Centros de Atenção Psicossocial – CAPS", incluídos aqui os CAPS voltados para o atendimento aos usuários de álcool e drogas, os CAPSsad (Ministério da Saúde, 2004c).

Como conseqüência do Seminário sobre o Atendimento aos Usuários de Álcool e outras Drogas e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde, em 2002, devido à necessidade de definição de estratégias específicas para a construção de uma rede de atenção aos usuários de álcool e drogas, institui no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, por meio da Portaria GM/MS nº. 816, de 30 de abril de 2002 (Ministério da Saúde, 2001; 2004c).

A partir de 2003 se inicia uma discussão mais sistemática do tema no campo da saúde pública e entre outros setores, então o Ministério da Saúde, neste ano, edita um documento sobre a Política do Ministério da Saúde para

a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Ministério da Saúde, 2004c).

Este documento apresenta as diretrizes para uma política e para a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção dos seus usuários. Ainda reforça que os cuidados oferecidos à população que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas devem ser baseados em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e aos demais equipamentos de saúde. Tais serviços devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2004c).

Os CAPSsad são a principal estratégia de tratamento para o consumo de álcool e outras drogas, assim como as estratégias de redução de danos.

O conceito de redução de danos vem sendo consolidado como um dos eixos norteadores da política do Ministério da Saúde para o álcool e outras drogas. Originalmente apresentado de forma favorável na prevenção de doenças transmissíveis, esta estratégia assumida pelo Ministério da Saúde desde 1994, é internacionalmente reconhecida como alternativa pragmática e eficaz no campo da prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, no campo do álcool e outras drogas, o paradigma da redução de danos se situa como estratégia de saúde pública que visa a reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas (Ministério da Saúde, 2005a).

Portanto, a abstinência deixa de ser o único objetivo a ser alcançado, pois ao cuidar de vidas humanas, temos obrigatoriamente que lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que podem ser feitas pelo outro. As práticas de saúde devem acolher sem julgamento, o que

em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário e demandado, sempre estimulando a participação e o engajamento do usuário (Ministério da Saúde, 2004c).

A Redução de Danos (RD) reconhece cada usuário em suas singularidades, traçando com ele estratégias que estão voltadas para a defesa de sua vida, pois tratar significa também aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que se esta tratando (Ministério da Saúde, 2004c).

Ainda, a RD tem a preocupação de restituir ao sujeito sua história, devolvendo a sua autonomia e fazendo com que este seja responsável por seus atos, dando ao indivíduo um lugar para que este tenha o poder da fala ou a condição de modificar em ato, para que assim possa expressar por palavras o movimento de sua vida, permitindo senão curá-lo, ao menos torná-lo consciente de suas escolhas e, portanto, em condições de assumi-las, revertendo desta forma o processo de desumanização do uso de drogas e concedendo ao usuário a possibilidade de uma resignificação, passando a ter prioridade como ser humano (Ministério da Saúde, 2004c).

Em 2005, foram criados mecanismos de financiamento para os leitos destinados ao álcool e outras drogas nos hospitais gerais (PT MS/GM nº 1.612/05) e é aprovada pela primeira vez no país uma norma sobre a RD, retirando da clandestinidade institucional esta valiosa estratégia de abordagem dos problemas associados ao álcool e outras drogas (PT MS/GM n.º 1.028/05). Ainda em 2005, implantou-se o Pacto Nacional para Redução de Acidentes e Violência Associados ao Consumo Prejudicial de Álcool, sob a coordenação dos Ministérios da Saúde, Justiça, Secretaria Nacional Anti Drogas (SENAD) e Frente Nacional de Prefeitos. Também em 2005, foram criados incentivos financeiros para os CAPSad que desenvolvem ações de RD (PT MS/GM n.º 1.059/05) e os CAPS I foram autorizados a cobrar do SUS pelos atendimentos às pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (PT MS/SAS n.º 384/05) (Ministério da Saúde, 2007).

Em 2006, foi sancionada a Lei 11.343[10], que passou a vigorar no dia 6/10/2006. O projeto de lei teve início no Senado Federal, passando pela Câmara e voltando ao Senado. O governo brasileiro reuniu os diversos ministérios implicados (Justiça, Gabinete de Segurança Institucional, Saúde, Secretaria Especial de Direitos Humanos), para opinar e sugerir mudanças no texto da lei (Ministério da Saúde, 2007).

Esta nova legislação substituiu as Leis 6.368/76 e 10.409/02, que definiam princípios e diretrizes das ações de prevenção e tratamento da dependência de álcool e outras drogas, além de conceituar crimes e penas relativos ao uso e tráfico de drogas (Ministério da Saúde, 2007).

A nova lei contemplou os avanços possíveis. Um dos aspectos mais importantes é a exclusão do cárcere para o usuário de drogas, garantindo o direito dessas pessoas e também a condição fundamental para o desenvolvimento de ações de prevenção e tratamento na saúde pública (Ministério da saúde, 2007). A lei aproxima o uso pessoal de drogas de uma questão de saúde pública afastando-a do âmbito policial.

O desafio para a saúde pública a partir desta nova legislação é ampliar o acesso aos serviços de tratamento do SUS de forma a responder às demandas da população brasileira. Este esforço deve ser responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Para o Ministério da Saúde, uma política de prevenção, tratamento e de educação para o uso de álcool e outras drogas, necessariamente, deve ser construída na interface de programas do Ministério da Saúde, com outros ministérios, bem como com setores da sociedade civil organizada, sobretudo na discussão sobre a restrição de propagandas de bebidas alcoólicas (Pinho, Oliveira, Almeida, 2008).

Assim em 2007, é lançada oficialmente a Política Nacional sobre o Álcool, com estratégias para o enfrentamento dos problemas relacionados

[10] Dispõe sobre as ações de prevenção e tratamento da dependência de álcool e outras drogas e conceitua crimes e penas relativos ao uso e o tráfico de drogas

ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas (Decreto n.º 6.117, de 22 de maio de 2007) (Brasil, 2007)[11].

As medidas incluem a capacitação de garçons para a proibição da venda de álcool aos menores de idade e pessoas com sintomas de embriaguez, além do fornecimento de água potável gratuita nos estabelecimentos. O governo também incentivará os municípios a adotarem medidas para a restrição do horário de funcionamento de estabelecimentos que comercializam bebidas alcoólicas e proibirá a venda em postos de combustíveis localizados nas rodovias. A nova política prevê ainda, o incentivo à regulamentação e fiscalização da publicidade de bebidas alcoólicas. Porém, as ações concretas como a restrição ao horário das propagandas, estarão a cargo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 2007).

O decreto que estabelece a Política Nacional sobre o Álcool, publicado no Diário Oficial da União, estabelece a ampliação do acesso de usuários de álcool ao SUS. Além disso, prevê projetos de capacitação de agentes de saúde para atuação em comunidades indígenas e programas de prevenção em assentamentos para a reforma agrária. O decreto não estabelece o investimento que será destinado à concretização das propostas, nem o prazo para a sua implementação (Brasil, 2007).

Segundo os dados do Ministério da Saúde (2009)[12], até janeiro deste ano, contamos com aproximadamente 186 CAPSad funcionando no país, com 138 cadastrados. É uma rede importante, mas que ainda é insuficiente para atender à demanda cada dia mais crescente.

Considerando os pressupostos da Reabilitação Psicossocial e da Reforma Psiquiátrica brasileira, a influência deste novo paradigma de atenção em saúde mental, e conseqüentemente as políticas aos usuários de álcool e outras drogas, torna-se necessário conhecer, identificar e analisar

[11] Disponível em: http://www.normaslegais.com.br/legislacao/decreto6117_2007.htm. Acesso em 21 de dezembro de 2007.
[12] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/CAPS_por_uf_e_tipo_em_31_de_janeiro_de_2009.pdf. Acesso em 07 de abril de 2009.

as estratégias da Reabilitação Psicossocial utilizada pelos trabalhadores do CRATOD[13].

2.6 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

A noção de Reabilitação foi formulada e desenvolvida a partir da mudança assistencial do pós-guerra, no contexto do *Welfare State* e da implantação do Estado de Direito, que estava vinculada à idéia de cidadania estendida a todos os segmentos da sociedade por meio do acesso à vida social, política e aos bens produzidos pela sociedade (Barros, 1991).

No campo da assistência psiquiátrica, o termo Reabilitação foi introduzido no contexto das Reformas Psiquiátricas desenvolvidas na Europa e nos EUA, preconizando uma mudança no tratamento dispensado aos doentes mentais, que antes eram "jogados" em instituições totais como asilos e manicômios, para dispositivos de cuidados na comunidade.

Vários modelos de reabilitação surgiram na comunidade psiquiátrica internacional nas ultimas décadas, citaremos os quatro modelos[14] conceituais e operativos considerados mais importantes na reabilitação psiquiátrica, para então falarmos propriamente da Reabilitação Psicossocial.

1. Modelos de "Social Skills Training" de orientação behaviorista e modelo conceitual biopsicossocial. É definido como o conjunto dos métodos que utilizam os princípios da teoria da aprendizagem objetivando promover a aquisição, a generalização e a permanência das habilidades necessárias nas situações interpessoais (Thornicroft, 1992 apud Saraceno, 2001).
2. Modelos Psico-Educativos: modelo biopsicossocial que situa na vulnerabilidade individual e na interação com os fatores de

[13] Este serviço é detalhadamente descrito na seção metodológica deste estudo.
[14] Para aprofundar os modelos citados acima sugerimos a leitura do segundo capítulo da obra Libertando Identidades: da Reabilitação Psicossocial à cidadania possível, de Benedetto Saraceno.

stress ambiental seus componentes principais. Tem como finalidade diminuir ou impedir as recaídas, que também é o objetivo terapêutico e reabilitativo.

3. Modelo de Spivak: de inspiração comportamentalista, que apresenta autonomia teórica. Ressalta que a tarefa da terapia e da reabilitação é neutralizar os processos crônicos, que levam à dessocialização e à resignação. O objetivo geral da reabilitação é aumentar as articulações sociais do sujeito com o ambiente, desenvolvendo as competências que lhe permitam se comportar com sucesso e eficácia no âmbito das normas sociais.
4. Luc Ciompi: concebe a reabilitação como um percurso de trabalho cujo objetivo é a reinserção, mais completa possível, na normal vida social e produtiva. Define ainda, dois eixos sobre os quais se torna possível no tempo o progresso do processo de reabilitação: o eixo casa e o eixo trabalho.

No entanto, essas novas técnicas de reabilitação do tipo comunitário, segundo Basaglia (1971), continuavam diretamente ligadas à situação econômica do período, com o desenvolvimento industrial era necessária uma alavancada na mão de obra. O objetivo era criar instituições designadas a reabilitar os indivíduos para suprir a demanda econômica da época. Tratava-se, portanto, da resposta técnica a uma demanda econômica e da construção de políticas sanitárias que tinha como objetivo a redução das despesas com as internações em hospitais psiquiátricos. (Basaglia, 1971).

O maciço fenômeno da desospitalização, acompanhado pelo crescimento da afirmação dos direitos dos pacientes, fez surgir a necessidade de responder às demandas e aos direitos das pessoas que antes se encontravam internadas, excluídas do ciclo produtivo, estigmatizadas como “anormais” e, portanto, tinham negada a sua condição de cidadania. Surgiu a partir de então, a necessidade de reabilitação (Saraceno, 2001).

Atualmente, a OMS (2001) estabelece que os objetivos da Reabilitação Psicossocial sejam primordialmente: a emancipação (empowerment) dos utilizadores; a prevenção e combate ao estigma e à discriminação; o desenvolvimento das capacidades sociais e a criação de um sistema de suporte continuado (a médio e longo prazo). Estas estratégias deverão ser alcançadas pela articulação entre os sistemas sociais e os sistemas de saúde.

A Reabilitação Psicossocial pode ser entendida como o processo pelo qual se facilita ao indivíduo com limitações, a restauração no melhor nível possível de autonomia de suas funções na comunidade (Pitta, 2001). Ainda para Bertolote (2001) a Reabilitação Psicossocial deve estar direcionada às pessoas com transtornos mentais ou físicos, sociais ou sensoriais, para àquelas que são degradadas na escala social e que perdem privilégios. O processo de reabilitação deve possibilitar a restituição plena dos direitos, vantagens e posições que esses indivíduos tinham ou poderiam vir a ter se tivessem sido oferecidas outras possibilidades de vida nos quais os obstáculos fossem atenuados ou simplesmente desaparecessem. Enfim, a Reabilitação Psicossocial é fundamentalmente um processo de remoção de barreiras que impedem a plena inserção de um indivíduo na sua comunidade e que impedem o pleno exercício de seus direitos e da sua cidadania.

Ainda, a Reabilitação Psicossocial destina-se a aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo as deficiências e os danos da experiência do transtorno mental (Saraceno, 2001).

Entretanto, Saraceno (2001) ressalta que a Reabilitação Psicossocial não é apenas a substituição da desabilitação pela habilitação, mas um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos, pois é somente no interior de tal dinâmica das trocas que se cria um efeito “habilitador”.

Portanto, Saraceno (2001) considera a Reabilitação Psicossocial como um processo que implica na abertura de espaços de negociação para os pacientes, sua família e a comunidade circundante. Nesse sentido, introduz o conceito de contratualidade, ou seja, a capacidade de engendrar

contatos sociais, o que permitiria ao usuário subverter o processo de reclusão que é resultado dos efeitos da doença mental e da “exclusão social” (ou melhor, inclusão marginal), condição esta caracterizada pela precariedade de existência material e subjetiva.

Vale ressaltar que para Saraceno (2001), a cidadania do paciente psiquiátrico não é a simples restituição de seus direitos formais, mas a construção de seus direitos substanciais, e é dentro de tal construção (afetiva, relacional, material, habitacional, produtiva) que se encontra a única reabilitação possível.

Nesta direção, a Reabilitação Psicossocial não consiste em tornar os fracos em fortes, ao contrário, consiste em mudar as regras do jogo para que os fortes possam se adaptar aos fracos e coexistir no mesmo cenário, a fim de permitir que a pessoa que possua uma desabilidade, freqüente o mesmo cenário onde estão os fortes (Saraceno, 2001).

Logo, o processo de Reabilitação Psicossocial implica em uma mudança total da política dos serviços de saúde mental, ou seja, dos programas por meio dos quais tais políticas se aplicam e se realizam, e são estas que devem ser modificadas. Conforme Pitta (2001, p. 19) postula no sentido instrumental, “a Reabilitação Psicossocial representa um conjunto de meios (serviços e programas) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes”.

Por isso, a Reabilitação Psicossocial engloba a todos nós profissionais, usuários, familiares de usuários e toda a comunidade. Para que a função da Reabilitação Psicossocial seja possível, é necessária a intervenção técnica nas “variáveis reais” que são: o serviço de Reabilitação Psicossocial, o qual significa o tratamento em si; os recursos disponíveis – humanos, comunitários e materiais e o contexto de vida do indivíduo (Saraceno, 2001).

Tendo como finalidade a ampliação dos espaços de negociação para a realização das trocas sociais, a atenção dos profissionais deve se voltar para os eixos norteadores do processo de Reabilitação Psicossocial, que são: o habitat, a rede social e o trabalho; no qual estão presentes as

variáveis reais operando contra ou a favor do aumento da contratualidade, e assim contra ou a favor da Reabilitação Psicossocial (Saraceno, 2001).

A finalidade de todo esse processo é devolver ao indivíduo a capacidade de exercer a sua cidadania, o que implica no acesso ao direito de uma constituição afetiva, relacional, material, laboral e habitacional, estando assim inserido socialmente. De tal modo, percebemos segundo Goldberg (2001) que a Reabilitação Psicossocial como processo não tem um fim definido, pois se trabalha com o usuário aonde ele quer chegar e não onde a equipe de cuidados previamente determina.

A mudança na cultura hospitalocêntrica na saúde mental não se faz apenas com a implantação de novos serviços, mas com a transformação das práticas. É necessária uma articulação dos serviços que permita construir um novo profissionalismo dos técnicos, que esteja à disposição dos usuários. De acordo com Rotelli (1992, p.76) "... um profissionalismo que não seja mais caricatural e simplificado, mas um profissionalismo complexo, que consiga um elemento de transformação cultural da sociedade em que vivemos".

2.7 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL EM ÁLCOOL E DROGAS

O atual modelo de atenção dispensado ao uso de álcool e outras drogas tem em seus pressupostos a Reabilitação Psicossocial dos usuários, que elege novos cenários de práticas. Provavelmente devido à sua recente trajetória, pouco se tem publicado sobre esta temática na literatura nacional.

Barchizago (2007) refere que o processo terapêutico destinado aos usuários de álcool e/ou drogas, tem em seu eixo condutor o objetivo de minimizar o sofrimento apresentado inicialmente, sensibilizando o sujeito para o processo terapêutico em que a qualidade de vida é o instrumento indicador de avaliação a ser explorado. Estão inseridos objetivos mais extensos que o da desintoxicação, padrão de consumo da substância e

adesão. Inaugura-se uma preocupação quanto à melhora (ou não) de indicadores sociais.

A autora acima relata a importância da experiência no Núcleo de Atenção à Dependência Química – NADeQ do Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, em Campinas, que mostrou como um eixo fortalecedor do processo de tratamento a necessidade (e "dever" do profissional") da informação. Assim, há no NADeQ, o Grupo Informativo que destina-se a instrumentalizar o usuário acerca do que é dependência química, seus sintomas e sobre o processo de tratamento. Propõe-se também a comentar sobre as possíveis intervenções de forma a esclarecer e desmistificar alguns fatos (Barchizago, 2007).

Na sequência, a autora relata a existência de uma assembléia semanal, que proporciona um espaço comum ao grupo para conversar sobre questões do cotidiano, das relações e do funcionamento do serviço. Nesta direção, busca respeitar as singularidades de cada sujeito criando espaços diferenciados, de acordo com as especificidades; como o grupo de medicação que objetiva desmistificar o uso da medicação como objeto de "cura" no tratamento da dependência química (Barchizago, 2007)

A experiência do NADeQ, em caráter "mutável", tem possibilitado uma ampliação da visão e atuação dos profissionais no campo da Reabilitação Psicossocial, exigindo da equipe ações pertinentes na óptica da Redução de Danos para o enfrentamento de situações cotidianas da vida dessas pessoas em sofrimento, dadas as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas (Barchizago, 2007).

Segundo Barchizago (2007), a dependência causa um estreitar do repertório disponível, assim, a retração do campo social é fator convergente para a estigmatização, afastamento, e então isolamento do sujeito dependente. Destarte, para que seja possível a (re)construção de um cenário saudável, é identificada a necessidade de, em paralelo à singularidade do sujeito, tecer uma rede de apoio que venha a fortalecê-lo nesse processo.

O trabalho com a família (ou rede social de apoio) objetiva construir a valorização dessa participação como parceria fundamental no enfrentamento de problemas oriundos do sofrimento do sujeito, proporcionando espaços de interlocução, integração e orientação, identificando e valorizando cada situação que se apresenta (Barchizago, 2007).

Barchizago (2007) finaliza referindo que a construção dessa prática deve se dar por meio de um processo ético, efetivo, de cuidado terapêutico que tem como eixo principal a cidadania. Esse caminho tem revelado a necessidade de ampliação do aporte técnico-terapêutico oferecido na rede de atenção aos transtornos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, cujas ações extrapolam o campo do indivíduo e seus processos orgânicos, permeando suas relações afetivas, familiares, ocupacionais e com a sociedade civil.

Na literatura internacional, os artigos encontrados não utilizam o conceito de Reabilitação Psicossocial na prevenção ou tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e drogas. A maioria destes estudos, que serão referidos mais adiante, utiliza o conceito de suporte/apoio social como fundamental ao tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e drogas. Outros (Compton et al, 2000; Havassy et al.,2004; Primm et al.,2000; Watkins et al.,2004) tratam da relação entre “desordem mental” e consumo de álcool e drogas, apontando que indivíduos com desordem mental são prevalentes nos programas de tratamento para o abuso de substâncias.

Para Quello et al. (2005) e Watkins et al. (2001) as tentativas de aperfeiçoar o tratamento para indivíduos com co-ocorrência de desordens são extremamente complicadas devido à heterogenia dessa população, como características demográficas (gênero, etnia, idade), tipo de substância usada e tipo de desordem mental, incluindo ainda todas essas combinações.

Diante do exposto, verificamos que a heterogeneidade é de fundamental importância na complexa problemática do consumo de álcool e outras drogas, uma vez que afeta as pessoas de distintas maneiras e por diferentes razões. Nesse sentido, a estratégia da Reabilitação Psicossocial

surge como uma resposta às diversas necessidades do usuário, respeitando sua singularidade, a partir da construção de um projeto terapêutico que esteja atento à ocorrência de uma ou mais desordens, visto que o indivíduo que não tem diagnosticado a comorbidade psiquiátrica apresentará maiores dificuldades de adesão ao tratamento.

Na Reabilitação Psicossocial postulada por Saraceno, um dos eixos norteadores é a rede social. Na revisão da literatura internacional, apesar de não termos claramente a estratégia da Reabilitação Psicossocial descrita, percebemos a importância dada à rede social, que para os autores internacionais é considerada apoio/suporte social. Os estudos internacionais abordam o papel do suporte/apoio social no tratamento aos problemas relativos ao consumo de substâncias psicoativas, reconhecendo-o como uma influência positiva na saúde e em sua manutenção (Booth et al, 1992).

Para Cobb (1976) o suporte social refere-se às informações recebidas por um indivíduo para que este acredite que é importante, amado, estimado, valioso e que pertence a uma rede de comunicação e obrigação mútua. As relações interpessoais são consideradas como importantes fatores de proteção contra os efeitos nocivos do stress (Cohen , McKay , 1984).

O suporte social parece influenciar na motivação e nos resultados do tratamento para pacientes dependentes de drogas. Acerca do problema da dependência do álcool, Booth et al. (1992) sugerem a existência de influências externas como potencializadoras da autoconfiança dos indivíduos, ajudando-os na superação do problema do álcool.

A percepção da importância do suporte social oferecido pela família, amigos e outros participantes na recuperação dos usuários de drogas podem ter um papel vital na prevenção/desenvolvimento da recaída. O suporte social está associado às necessidades subjetivas do indivíduo, também se relaciona à capacidade de suporte emocional da família e amigos na redução dos conflitos interpessoais e no stress (McMahon, 2001). Isto também requer que o indivíduo assuma um papel ativo na estruturação benéfica do suporte social para ele mesmo, adotando caminhos como deixar

a companhia de amigos que usam drogas e aprendendo a dizer não às drogas (Malhotra et. al., 2001).

O estudo de Malhotra et al. (2001) enfatiza que o suporte social no tratamento pode auxiliar na remoção de atritos melhorando a interação interpessoal dos usuários de drogas com a sociedade. Isto pode auxiliar o usuário de drogas a manter a abstinência assumindo um novo papel social que possibilite a este, a obtenção do respeito da sociedade.

Em outro artigo analisado (Cohenn & Wills, 1985), o suporte social é considerado benéfico à saúde no impacto dos eventos adversos ou estressantes da vida. Diversos estudos (Barrera et al., 1993; Frauenglass et al., 1997; Johnson & Pandina, 1991; McDonald & Towberman, 1993; Neaigus et al., 1994; Newcomb, 1997; Newcomb & Bentler, 1998; Wills et al., 1992) têm documentado que o suporte social pode atuar como um fator protetor para o uso de drogas. É atribuído um valor especial ao suporte dado pela família e amigos próximos aos usuários de álcool e drogas, indicando a importância de fortalecer e desenvolver a rede social na "libertação" das drogas, especialmente entre os pacientes que carecem desta rede social ou necessitam dela para se fortalecerem.

O estudo de Fleeman (1997) aponta uma forte evidência de que o suporte social auxilia e efetiva o tratamento ambulatorial e a desintoxicação residencial. Segundo este autor existem também outras vantagens, como a redução do estigma do paciente internado e o maior envolvimento da família no suporte, ainda a redução da lista de espera. Tal conceito se aproxima da noção de Reabilitação Psicossocial como promoção da autonomia e da reinserção social dos indivíduos.

O suporte social na recuperação do uso de drogas é, particularmente, importante durante os estágios iniciais do tratamento, porque nesta fase o indivíduo tem maior probabilidade de ter sentimentos ambivalentes no que se refere a parar de utilizar drogas (Laudet et al., 2004).

O suporte social é focado quase que exclusivamente nos familiares e amigos, com pouca atenção no potencial da religião ou da espiritualidade. Outro aspecto destacado é o maior envolvimento em atividades sociais,

como o trabalho, por exemplo, que acompanham e ajudam a definir a recuperação.

Assim, mediante a escassez de literatura justifica-se a necessidade de estudos que relacionem a Reabilitação Psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo foi realizado a partir da abordagem qualitativa de acordo com a natureza empírica dos dados e da escolha dos instrumentos para coleta e análise dos dados. Tal metodologia permite incorporar os aspectos históricos, culturais e ideológicos sob a ótica dos atores, de relações e para análise de discursos e de documentos (Minayo, 2006).

O método qualitativo permite desvelar processos sociais pouco conhecidos, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (Minayo, 2006).

A abordagem metodológica utilizada foi o Estudo de Caso, uma categoria de pesquisa cujo objetivo é uma *unidade* que se analisa com profundidade. Segundo Minayo, o estudo de caso utiliza "estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão" (2006, p. 164). É útil quando se quer focalizar um fenômeno que se busca conhecer com profundidade a partir de múltiplas fontes de conhecimento como entrevistas, observações, uso de banco de dados e documentos.

3.2 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

Utilizaremos como referencial teórico-conceitual a Reforma Psiquiátrica e seus pressupostos. Para Amarante (2004), a Reforma Psiquiátrica constitui-se num processo complexo composto por quatro dimensões que se articulam e se retroalimentam.

A dimensão epistemológica trata da revisão e reconstrução no campo teórico da ciência, da psiquiatria e da saúde mental, no sentido da retomada do contato com a existência do sofrimento.

Na dimensão da assistência, observamos a construção de novas ações e dispositivos de cuidados e de assistência com a implantação de serviços substitutivos como Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Residências Terapêuticas – RTs, Centros de Convivênvia – CECCOs, Projetos de Geração de Renda e Cooperativas de Trabalho, entre outros (Amarante, 2004).

Na dimensão jurídica, encontra-se a Lei 10.216 de 2001, marco legal da Reforma Psiquiátrica, além da revisão de conceitos fundamentais na legislação civil, penal e sanitária como irresponsabilidade civil e periculosidade, e a transformação na prática social e política de conceitos como cidadania, direitos civis, sociais e humanos (Amarante, 2004).

A dimensão cultural refere-se a um conjunto amplo e diverso de iniciativas que se propõem a estimular as pessoas no sentido de rever princípios, preconceitos, estigmas e opiniões formadas sobre a loucura (Amarante, 2004).

No Brasil, a experiência da Reforma Psiquiátrica surgiu tardiamente, se comparada a países europeus como França e Inglaterra e aos Estados Unidos, aonde esses processos vinham se consolidando desde o final da Segunda Guerra Mundial, com o objetivo principal de buscar a promoção da saúde mental como processo de adaptação social (Amarante, 1995). Entretanto, a experiência italiana confrontou-se com o modelo da comunidade terapêutica inglesa e a política de setor francesa, destacando o caráter apenas humanizante dos modelos assistenciais que acabavam por reproduzir os mecanismos de exclusão e de controle social dos processos desviantes, mesmo nas instituições psiquiátricas não manicomiais. A Reforma Psiquiátrica italiana radicalizou o processo de desconstrução das instituições, saberes e práticas manicomiais, partindo da abolição do hospital psiquiátrico e da luta contra a ideologia médica que justificava a manutenção do controle e da exclusão social.

Na Reforma Psiquiátrica brasileira, o pensamento italiano teve grande influência na organização dos movimentos de saúde mental, desde a década de 1970; mas é a partir do final da década de 1980, com a Reforma Sanitária, que teve início a construção de políticas municipais de saúde mental baseadas na substituição do modelo hospitalocêntrico e na criação de serviços extra-hospitalares substitutivos à lógica manicomial (Fernandes; Scarcelli, 2005).

Esse processo de reformulação da assistência à saúde mental, a partir de princípios antimanicomiais e práticas desinstitucionalizantes foi constituindo-se como uma política pública de saúde mental, a partir da criação do SUS em 1988.

O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, sob inspiração de outras experiências mundiais, passou por inúmeras desconstruções e invenções, até efetivar-se como política oficial do Ministério da Saúde para o campo da saúde mental. Nesse processo, foram implantados inúmeros dispositivos, programas e estratégias extra-hospitalares, a fim de compor um sistema de saúde mental, organizado numa rede de serviços implantados no território, cujos eixos norteadores são a desinstitucionalização, o controle social e a Reabilitação Psicossocial dos usuários.

No presente estudo, buscamos articular o pressuposto da Reforma Psiquiátrica no que tange à Reabilitação Psicossocial, utilizando a representação social como categoria analítica.

3.3. CATEGORIA DE ANÁLISE
Representação Social

Segundo Minayo (2006), representação social é uma expressão filosófica que significa a reprodução de uma percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento. No campo das pesquisas sociais pode ser considerada uma categoria de pensamento, de ação e de sentimento que

explicam a realidade, sendo, portanto, consideradas como parte da construção da realidade revelando a visão de mundo de determinada época.

Para Gramsci a representação social possibilita a compreensão da "combinação específica das idéias das classes dominantes e das concepções dos grupos subalternos numa relação de dominação, subordinação e resistência entre os dois pólos permanentes" (apud Minayo, 2006, p. 232).

Portanto, as representações sociais são contraditórias, ilusórias e verdadeiras, podendo ser consideradas matéria-prima para a análise do social e para a ação pedagógica e política de transformação por retratarem a realidade. Nesse sentido, se torna fundamental a linguagem do senso comum, visto como forma de conhecimento e de interação social (Minayo, 2006).

O entendimento de que as representações sociais manifestam-se em condutas podendo ser institucionalizadas, será importante para análise dos conceitos e práticas sobre Reabilitação Psicossocial de um serviço de atenção em álcool e drogas.

3.4 O CAMPO DA PESQUISA

O cenário desta pesquisa foi o Centro de Referência para Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD, localizado[15] na região central do município de São Paulo, no estado de São Paulo. O CRATOD foi criado em junho de 2002, na zona central da capital, mais conhecida como "Cracolândia", devido ao grande índice de consumo de *crack.* O atendimento na instituição é multidisciplinar, acompanhando desde a desintoxicação até o resgate da auto – estima.

O CRATOD, conforme já foi visto, está localizado na região da "Cracolândia", cuja abrangência varia de acordo com quem a menciona:

[15] Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/content/slopewophu.mmp. Acessado em 05/11/08.

para alguns compreende alguns quarteirões ao redor da Estação da Luz, enquanto para outros compreende praticamente todo o centro de São Paulo. Segundo Mingardi e Goulart (2001) essa região também era a maior área de prostituição de São Paulo e com o correr dos anos a região que vai da Avenida São João até a Estação da Luz foi se tornando uma só, e sua degradação foi aumentando tendo como um de seus principais motivos o desuso em que caíram as estações Julio Prestes e Luz.

No início da década de 90, do século passado, ocorreu ainda a expansão do "*crack"*, uma mistura de pasta base de cocaína e bicarbonato de sódio, que se tornava uma droga mais acessível às classes mais pobres. Apesar do consumo e do tráfico de drogas ter iniciado sua ascensão no centro já há várias décadas, foi com o *crack* que o problema tomou maiores proporções, tanto em termos de consumo quanto de tráfico. Um grande número de adultos e crianças ocupava as calçadas e ruas da região para consumir e comercializar a droga, gerando enorme comoção social, bem como repercussão na mídia em âmbito nacional (Mingardi e Goulart 2001).

Bom Retiro/Luz

O CRATOD está situado no bairro do Bom Retiro, nas imediações da Estação da Luz, no Município de São Paulo. A Estação da Luz era o ponto de parada dos imigrantes que desembarcavam no Porto de Santos. No século XIX (1870), o lugarejo era formado por chácaras e uma delas era conhecida como Bom Retiro, daí o nome do bairro. Anos depois as áreas verdes passam a dar lugar à urbanização, com a chegada das primeiras famílias italianas. Gradativamente outros imigrantes foram chegando, dentre eles os portugueses, judeus, árabes, armênios, gregos, nordestinos e mineiros; todos contribuindo para a formação social e cultural do bairro.[16]

Do século XIX até os dias atuais a região central de São Paulo, incluindo-se o bairro do Bom Retiro, caracteriza-se pela atividade

[16] Disponível em http://almanaque.folha.uol.com.br/bairros_bom_retiro.htm. Acessado em 06/11/08.

econômica, cultural, administrativa e habitacional, configurando-se em um bairro de uso misto.

O bairro do Bom Retiro/Luz pertence à subprefeitura da Sé. O seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,864 (esse dado leva em conta três aspectos fundamentais: riqueza, educação e expectativa de vida). A renda *per-capita* é de R$ 1.358,39 e sua população residente é de 26.596 habitantes. [17]

Embora possua um IDH considerado elevado em vista do contexto socioeconômico já descrito, o bairro possui muitos moradores de baixa renda vivendo em habitações coletivas, os chamados cortiços. Praticamente não há favelas, porém há muitos moradores de rua que vagam principalmente, na região do entorno do Parque da Luz, que foi o primeiro parque da cidade, o Jardim da Luz.

Em relação às atividades econômicas o bairro é absolutamente comercial, ressaltando-se a predominância de produtos como roupas, tecidos e eletro-eletrônicos. No passado houve por ali algumas indústrias que nas últimas décadas entraram em franca decadência. Completando esse quadro, parte dos moradores com maior poder aquisitivo abandonou a região em busca de bairros mais "nobres" e em processo de ascensão, como Higienópolis. Para finalizar, o Bom Retiro/Luz concentra importantes museus (Pinacoteca do Estado, Museu da Língua Portuguesa – único do gênero no mundo e o Museu de Arte Sacra); casas de espetáculos como a Sala São Paulo e prédios de relevante valor histórico como a estação da Luz e a Estação Júlio Prestes.[18]

São Paulo

Atualmente é a quinta maior cidade do mundo com 10.886.518 hab. (arredondando: 10,9 milhões de habitantes) distribuídos em um território de 1523 km², desse total, 4,86% da população adulta é analfabeta. A cidade

[17] Disponível em: http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infogeral.php. Acessado em 10/11/2008.
[18] Disponível em: http://www.vivaocentro.org.br/publicacoes/urbs/urbs38.htm. Acessado em 10/11/2008

possui 96 distritos e 31 subprefeituras. O crescimento populacional gira em torno de 1,6% ao ano. É também a maior metrópole do país com uma região metropolitana constituída por 39 cidades, totalizando uma População Economicamente Ativa (PEA) de 5.872 mil pessoas (nov/07) com taxa de desemprego de 12,7%[19] (jun/08).

3.5 SUJEITOS DA PESQUISA E OS PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

Participaram deste estudo os profissionais técnicos de nível superior que compõe as equipes do CRATOD, sobretudo, aqueles que estão diretamente envolvidos com as atividades que supostamente utilizam a estratégia da Reabilitação Psicossocial.

Anteriormente à realização da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP), conforme a Resolução nº 196, de 10/10/1996, a qual dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996). O projeto obteve a aprovação por meio do processo nº 722/2008 de 04/04/08 (Anexo I).

Após a aprovação no CEP-EEUSP, foi enviada uma cópia do projeto para a coordenadora do Grupo Técnico de Ações Estratégicas da Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo solicitando a devida autorização para que o CRATOD pudesse ser o cenário da pesquisa (Apêndice I). Com a autorização da mesma, a pesquisadora foi ao CRATOD apresentar à coordenadora as autorizações (Apêndice II) e uma cópia do projeto para que fosse iniciada a coleta de dados. A partir da entrega da documentação e do projeto de pesquisa, a pesquisadora ficou no aguardo do agendamento de uma reunião com a direção da instituição, para sanar alguma possível dúvida existente no projeto apresentado.

[19] Disponível em: http://sempla.prefeitura.sp.gov.br/infogeral.php. Acessado em 10/11/2008.

Na reunião agendada foram definidos pela coordenadora os profissionais que participariam das entrevistas, com a condição de serem profissionais técnicos e que estivessem envolvidos no tratamento dos usuários do CRATOD, e as datas das entrevistas, sendo solicitado à pesquisadora que realizasse as entrevistas se possível somente às sextas feiras, para que não fosse afetada a rotina de trabalho dos mesmos, pois neste dia não ocorre o atendimento aos usuários sendo dedicado às reuniões técnicas, administrativas e dos programas.

Antes das entrevistas foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice III), e explicada a importância do uso do gravador, para que os entrevistados autorizassem a gravação das entrevistas. Após a assinatura do TCLE a entrevista era iniciada, explicitando aos entrevistados a garantia do anonimato dos participantes.

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2008, por meio de entrevista semi-estruturada baseada em um roteiro contendo questões relacionadas aos objetivos desta pesquisa (Apêndice IV e V). O tempo de duração das entrevistas variou entre 14 e 70 minutos.

As entrevistas gravadas foram imediatamente transcritas na íntegra, a fim de garantir a fidedignidade das informações. Posteriormente, a análise empírica foi realizada com base no modelo de análise da Hermenêutica Dialética.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a transcrição das entrevistas, o material transcrito foi relido inúmeras vezes, procedimento definido como “leitura flutuante”, que permite apreender as idéias centrais dos sujeitos da pesquisa sobre o tema em foco (Minayo, 2006). Desta forma, os relatos foram organizados e buscou-se uma classificação inicial dos dados, de acordo com a semelhança dos temas surgidos.

Nesta fase do tratamento dos dados, as falas foram submetidas a uma correção, suprimindo-se alguns vícios de linguagens ocorridas repetidamente, como: assim, né, então, tá. Esta medida foi adotada para melhor apresentação e fluência na leitura.

O procedimento eleito para análise dos dados foi o modelo da Hermenêutica Dialética apresentada por Minayo (2006). Para a autora, a hermenêutica possibilita a compreensão a partir do entendimento dos textos dos fatos históricos, da cotidianidade e da realidade, enquanto a dialética estabelece uma atitude crítica, ao estudar o dissenso, a mudança e os macro-processos.

Sendo assim, o método hermenêutico-dialético:

> ... É o mais capaz de dar conta de uma interpretação aproximada da realidade. Essa metodologia coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante, em que é produzida (Minayo, 2006, p. 168).

Para Minayo (2006), o método hermenêutico-dialético compreende dois níveis de interpretação:

- Nível das determinações fundamentais: que já deve estar estabelecido na fase exploratória da investigação. Trata-se do contexto sócio-histórico dos grupos sociais que constitui o marco teórico-fundamental para a análise.
- Nível de encontro com os dados empíricos: baseia-se no encontro com os fatos surgidos durante a pesquisa de campo; é o estudo da realidade em toda sua dinâmica.

Para a operacionalização da análise foram seguidos três passos:

- Ordenação dos dados: compreendeu a sistematização de todos os dados recolhidos. Nessa etapa foram feitas a transcrição das entrevistas, a sistematização das leituras de documentos, as anotações das observações realizadas durante a pesquisa de campo e a organização dos relatos.

- Classificação dos Dados: por meio de leituras exaustivas da bibliografia e dos relatos transcritos, emergiram interrogações e reflexões importantes que num segundo momento foram norteadoras da construção das categorias empíricas, que estão na análise do material. Nesta fase, é importante ter claro que os dados não existem por si só, eles são construídos a partir do questionamento que fazemos sobre eles, com base nos fundamentos teóricos.

- Análise Final: por meio da articulação entre os dados coletados e os referenciais teóricos da pesquisa, foi realizada a análise com base nos objetivos estabelecidos. Nesta fase se deu "o verdadeiro momento dialético através do movimento incessante que se eleva do empírico para o teórico e vice versa, que dança entre o concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, visando o concreto pensado" (Minayo, 2006, p. 359).

As categorias empíricas, que de acordo com Minayo (2006) são responsáveis por captar as contradições no aspecto empírico da realidade a ser pesquisada, foram identificadas como: 1- Reabilitação Psicossocial, que compreendem as subcategorias: Habitar, Rede Social, Trabalho, Inclusão e Exclusão Social e Cidadania. 2- Projeto Terapêutico Institucional, que compreendem as subcategorias: Adesão, Projeto Terapêutico Individual, Dificuldades para a Reabilitação, Facilidades para a Reabilitação e Concepção sobre os Usuários de Álcool e outras Drogas.

4. ANÁLISE DOS DADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Nesta pesquisa foram entrevistados 11 profissionais técnicos de nível superior, sendo sete (63,63 %) do sexo feminino e quatro (36,36%) do sexo masculino. A média de idade dos trabalhadores é de 50 anos, sendo a maior idade de 59 anos e a menor idade de 34 anos.

No que se refere à formação profissional, observa-se neste estudo a predominância de psicólogos, pois o número correspondente a esta categoria profissional foi de quatro, vale ressaltar que não foi um requisito, mas uma coincidência. O restante das categorias profissionais foi distribuído da seguinte forma: um enfermeiro, um nutricionista, um educador físico; dois médicos, sendo que um deles desempenha a função de médico psicanalista não realizando diagnósticos nem prescrevendo medicações, e duas assistentes sociais. Conforme podemos observar não foi realizada entrevista com a categoria profissional de terapia ocupacional, porque tais profissionais não trabalhavam na instituição no período da coleta de dados momento da realização das entrevistas. Ainda foram excluídos os profissionais de nível médio, pois o recorte populacional explicitado na metodologia da investigação foi delimitado à equipe de nível superior.

A amostra deste estudo cumpre os critérios de categorização profissional que caracteriza a equipe proposta pelo Ministério da Saúde, para a implementação de um CAPS ad, que deve ser composta minimamente por: um médico psiquiatra, um enfermeiro com especialização em saúde mental, um médico clínico, quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou ainda outro profissional necessário ao projeto terapêutico, por fim seis profissionais de nível médio (Ministério da Saúde, 2004a).

Com relação aos cursos de Especialização, dois dos profissionais entrevistados possuem Especialização em Saúde Pública, quatro dos trabalhadores possuem Especialização em Dependência Química promovido

pelo CRATOD e apenas um dos profissionais possui Especialização em Saúde Mental, conforme discursos abaixo:

> E2.44 "... eu fiz especialização em educação e saúde pública."

> E4.56" Eu tenho pós graduação em saúde pública e... especialização em dependência química."

> E11.77 "tenho pós-graduação em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, capacitação para dependentes químicos aqui no Cratod mesmo, foi promovido pelo Cratod mas a gente fez na UNIFESP."

Estes dados revelam que a equipe atuante no CRATOD, esta se especializando cada vez mais em cursos que contribuem para a formação e desenvolvimento de recursos humanos especializados na área da dependência química, sejam estes cursos de especialização, capacitação ou atualização.

Os demais profissionais (36,36%), não possuem especialização. No entanto, cinco dos profissionais referiram possuir cursos de Capacitação ou Atualização em Dependência Química ministrados pelo CRATOD, o que corresponde a 45,45%:

> E6.35" A gente faz alguns por aqui: capacitação, tudo que tem na área de álcool e drogas a gente tem acesso"

> E7.91"... eu tenho só de atualização em álcool e drogas."

Dos onze entrevistados, quatro deles possuem Especializações ligadas à sua categoria profissional como: jogos cooperativos, psicoterapia infantil, psicanálise, arte terapia, terapia comunitária e outros. Ainda quatro sujeitos da população entrevistada possuem cursos de capacitação também ligados à sua área de atuação como: nutrição, abordagem junguiana, politraumas entre outros cursos de curta duração.

Com as entrevistas, foi possível verificar que o tempo de trabalho destes profissionais na área da Saúde Mental é variável, ou seja, 40% dos profissionais nunca haviam trabalhado com Saúde Mental, enquanto os

outros 60% variaram de 9 a 29 anos de experiência anterior na área da Saúde Mental.

> E11.5 “No CRATOD eu comecei em 2002 (...) e trabalho na área de saúde mental e psiquiátrica desde os 80”.

> E9.6 “... mas eu tenho uma carreira que é anterior ao Cratod (...) o que coincide praticamente com o meu tempo de formado eu tenho cerca de 35 anos(...) aqui são só 33, 32 ... mas antes do Cratod já uns 25, 26 anos eu já estive aqui nessa casa o tempo todo”.

Observamos nos dados acima, que a maior parte dos profissionais entrevistados (60%), já atuam na área da saúde mental há um tempo considerável, o que nos permite constatar que acompanharam o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, que mudou radicalmente o modelo assistencial que era centrado no médico psiquiatra, na medicalização e na internação em hospícios, inclusive para os usuários de álcool e outras drogas (Rollo, 2002).

Com relação ao tempo em que estão vinculados ao serviço atual ocorre uma variação de três anos (30%), conforme referem abaixo:

> E8.2 [Tempo de trabalho no CRATOD] “Três anos e meio”.

> E3.8 [Tempo de trabalho no CRATOD]” Desde 2005”.

Até seis anos (70%) para aqueles que permaneceram na instituição, quando esta deixou de ser o Ambulatório de Saúde Mental (NGA10) passando a ser o CRATOD. Vale ressaltar que a maioria dos trabalhadores (70%) mantém um vínculo com o mesmo serviço desde a abertura oficial do CRATOD em 2002, conforme discursos abaixo:

> E10.1 “...estou aqui desde antes do CRATOD existir porque ... estou aqui 16 anos, e o CRATOD existe a seis anos”.

> E4.12 “Eu estou no CRATOD desde antes do CRATOD existir, eu estou nesse prédio a quinze anos, antes era um ambulatório de saúde mental, chamava NGA10”.

> E9.5 “O tempo todo que o CRATOD existiu, aqui não era o CRATOD, o CRATOD fez seis anos, portanto estou a seis anos no CRATOD”.

> E2.6”Há cinco anos, vai fazer seis, mas eu já trabalhava aqui, aqui era NGA10, um posto de saúde mental”.

> E5.14 “... eu trabalho aqui antes de ser CRATOD, eu prestei concurso ainda quando era NGA 10, vim trabalhar aqui pra atender criança, que eu sou terapeuta infantil e no decorrer do período foi modificado e eu estou desde o início do CRATOD”.

Apesar dos profissionais terem começado a trabalhar antes de, ou com a criação do CRATOD, concluímos que nem sempre foi na área especifica de álcool e outras drogas, e com a população que hoje atende o CRATOD. Portanto, foi necessário com o decorrer do tempo, que os profissionais fossem se especializando conforme as necessidades do trabalho.

4.2 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

Nesta pesquisa, a concepção sobre Reabilitação Psicossocial que utilizaremos para análise dos dados, no sentido instrumental, fundamenta-se nos conceitos apresentados por alguns autores que entendem a Reforma Psiquiátrica como um processo constante de transformações não apenas no campo tecno-assistencial, mas também no campo teórico, político, jurídico, social e cultural (Amarante, 1996). Esses processos devem ter como horizonte a desinstitucionalização e a garantia de cidadania aos usuários de saúde mental, rompendo com a lógica da periculosidade e incapacidade, que justificou o isolamento social e a exclusão do louco em instituições asilares e manicomiais (Barros, 1994).

Segundo Saraceno (2001), a Reabilitação Psicossocial é um conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos do indivíduo, ressaltando que é somente no interior da dinâmica das trocas que pode se criar um efeito reabilitador. Portanto, a Reabilitação Psicossocial é um processo que implica na abertura de espaços de

negociação para o sujeito, para a sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que “tratam” o indivíduo no sentido de ampliar a participação e a contratualidade, ou seja, a capacidade de efetuar contatos sociais. O aumento da capacidade contratual dos sujeitos é construído a partir de três eixos: moradia (habitar), trocar identidades (rede social), produzir e trocar mercadorias e valores (trabalho), que serão analisados posteriormente. Trata-se também de um processo ético, porque é contrário ao estigma, à violência e à exclusão social dos sujeitos com sofrimento psíquico (Saraceno, 2001).

As estratégias de Reabilitação Psicossocial no eixo trabalho, podem variar de caráter de acordo com a maneira como são organizadas e nos objetivos da utilização do trabalho dentro dessas iniciativas. É comum associar a experiência de oficinas às intervenções reabilitadoras que utilizam a atividade ou trabalho, que por sua vez, é utilizado com estratégia terapêutica desde o surgimento dos asilos, no século XVIII. O trabalho no manicômio é tão antigo quanto o próprio manicômio (Saraceno, 2001), e sua utilização nesse cenário nasceu com o tratamento moral dentro das instituições manicomiais, onde o trabalho era, ao mesmo tempo, considerado critério diagnóstico, meio e instrumento de “cura”.

A utilização do trabalho na saúde mental foi se modificando, ao longo da história das instituições, apresentando-se de variadas formas: desde o tratamento moral, a ergoterapia, a laborterapia, a praxiterapia, a terapia ocupacional, até constituir-se como um recurso de Reabilitação Psicossocial.

No Brasil, a utilização de atividades ocupacionais ou terapêuticas no campo psiquiátrico sofreu profundas alterações a partir da década de 40, do século passado, com a terapia ocupacional apresentada por Doutora Nise da Silveira, cuja proposta pretendia a valorização da atividade como recurso terapêutico, denunciando a exploração de mão-de-obra gratuita, comum às colônias agrícolas, herdeiras do alienismo e do tratamento moral (Nascimento; Pinho; Taleikis, 2006).

> A “reabilitação”, se assim podemos nomear sua iniciativa, ganhará um tom diferenciado com Nise da Silveira. Ela fez nascer a perspectiva de uma nova lógica assistencial no

> campo psiquiátrico, na época restrito à estrutura hospitalar (Guerra, 2004, p. 34).

Na análise da representação dos profissionais técnicos do CRATOD, acerca da Reabilitação Psicossocial para a sua clientela, foi possível observar que há um predomínio do entendimento sobre a reabilitação psicossocial associada à realização de oficinas terapêuticas:

> 01. 51 "...com relação ao tratamento, a gente pensa as atividades que a gente faz e dentro da reabilitação são as oficinas".

No novo modelo assistencial, caracterizado, sobretudo, pela desinstitucionalização[20], que pretende formas mais sociabilizantes de tratamento, respeitando o louco/usuário de álcool e outras drogas, a fim de que estes possam circular pela cidade sem padecer do preconceito que o alija da sociedade, as oficinas passam a exercer um importante papel, tanto como elemento terapêutico quanto como promotoras de reinserção social, por meio de ações que envolvam o trabalho, a criação de um produto, a geração de renda e a produção de autonomia.

As oficinas terapêuticas, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, são consideradas as principais formas de tratamento oferecido pelos serviços substitutivos, como os CAPS (Ministério da Saúde, 2004a).

> E3.1 "... desenvolvo oficinas de atividade física. Ai eu atendo vários grupos, então eu trabalho com o grupo de intensivo, grupo de semi intensivo, grupo de GESTO, grupo de mulheres, faço consultoria pro grupo de tabaco e tem os adolescentes".

Portanto, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (2004a) para a assistência à saúde mental, as oficinas terapêuticas são recursos fundamentais ao tratamento dos usuários e, de um modo geral, podem ser expressivas, geradoras de renda ou de alfabetização.

[20] Desinstitucionalização entendida como um processo social complexo que tende a mobilizar como atores os sujeitos sociais envolvidos, transformando as relações de poder entre os pacientes e as instituições, visando produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação em hospitais psiquiátricos e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (Rotelli; Leonardis; Mauri, 2001).

Para Lima (2004), as oficinas são consideradas dispositivos clínicos utilizadas para designar diferentes estratégias terapêuticas com os mais diversos objetivos, que variam desde a expressão da subjetividade até a geração de renda como forma de ampliação da contratualidade do usuário.

Nesta pesquisa vamos utilizar a classificação proposta por Guerra (2004) que distingue quatro formas discursivas para as oficinas que aparecem isoladamente, porém mesclando-se na prática: as oficinas como forma de entretenimento; como possibilidade de expressão da subjetividade e singularidade; como reconquista da cidadania (inscrição sócio-política), ou seja, respeito à diferença, à convivência e acesso aos direitos; e as oficinas como meio de expressão, ampliação do universo cultural e circulação social (inscrição cultural).

As oficinas entendidas como forma de entretenimento, situam-se no discurso do déficit, que reconhece o louco como incapaz de ascender a degraus complexos de aprendizado e convivência humanos. Nesse sentido, "aproveita-se o tempo para realizar "trabalhinhos" que, no mais das vezes, permanecem no serviço ou são dados de presente a familiares ou conhecidos, remarcando a incapacidade do louco" (Guerra, 2004).

A oficina de fuxico, na percepção dos entrevistados é considerada uma intervenção terapêutica que promove a socialização dos usuários do CRATOD, no entanto, parece reproduzir a lógica do entretenimento quando utiliza a atividade como forma clássica de laborterapia:

> E8. 36 "... a oficina de fuxico, que é uma oficina que tem um olhar terapêutico, mas ali o paciente vai já se preparando pra sua socialização, o todo da sua socialização, então ele vai aprender a confeccionar alguns trabalhos artesanais ele faz bolsa, faz tapete e outras coisitas mais, é muito bonita essa oficina".

Conforme afirma Guerra (2004), as formas discursivas relacionadas às oficinas, na prática se misturam. O depoimento acima entrelaça a oficina de fuxico com o discurso do déficit e o discurso da estética. O discurso da estética contempla a idéia de que a loucura é uma manifestação singular de expressão, permitindo diversas formas de intervenção que visam ampliar o

potencial criativo e a produção artística, sob um olhar estético. Este discurso situa a oficina como meio de expressão, ampliação do universo cultural e circulação social.

As oficinas compreendidas no discurso da cidadania trazem como ideal a reintegração do portador de sofrimento mental na vida política e social da cidade. O adoecimento psíquico passa a ser considerado um índice de sofrimento e não mais um fator de exclusão ou de cronificação. As oficinas, nesta perspectiva, visam à reconquista da cidadania por meio da aquisição de habilidades, mas, sobretudo, por meio da humanização da loucura, do resgate da cidadania e do respeito à convivência com a diferença (Guerra, 2004).

Para outro entrevistado, a oficina de fuxico compõe as práticas relacionadas à reabilitação identificadas com a promoção de independência no indivíduo, conforme a fala abaixo:

> E10. 2 "...do meu ponto de vista, aqui no CRATOD a área que esta sendo mais bem sucedida na reabilitação é a oficina de tapete e fuxico, porque acaba contribuindo para o paciente se tornar mais independente..."

Todavia, acreditamos que o fato do indivíduo desenvolver a habilidade manual de confeccionar tapetes e fuxicos, não possibilita a reintegração do mesmo na vida política e social da metrópole, o que o tornaria um cidadão. Portanto, esta oficina, analisando seu resultado, se encontra mais associada ao discurso do déficit, ou seja, do entretenimento.

Outra oficina desenvolvida no CRATOD que foi citada pelos entrevistados como uma prática reabilitadora é a oficina de música, que segundo o discurso abaixo, tem como objetivo desenvolver a habilidade musical do canto como forma de tratamento:

> E3.33 "...eu participo de uma oficina de música (...) é uma oficina de música onde os pacientes são de semi intensivo, são pacientes melhores e ai a gente escolhe a música, canta e ai de repente, dependendo da letra a gente pontua algumas coisas da letra, o que a música pode estar passando de mensagem ou não, se não passa nada, não passa nada, se passa alguma coisa legal a gente absorve".

Entretanto, o próprio entrevistado refere que a oficina de música funciona como uma atividade recreativa, estando, portanto, mais alinhada ao discurso do entretenimento, que eventualmente pode servir como uma intervenção terapêutica:

> E3.35 "...a gente troca também algumas figurinhas durante a oficina, o intuito básico dela é cantar mesmo, mas a gente tenta aproveitar esse gosto, essa vontade deles e ai tenta trazer um pouquinho pro tratamento".

Muitas vezes o que é entendido por terapêutico para os profissionais, pode ser vivido como entretenimento formal, quando se trabalha com o lúdico:

> E6.2 "...um grupo de memória, uma oficina com a neurologista e uma clinica médica e ai a gente vai trabalhar um pouco essa coisa de lógica, de trabalhar com a concentração deles, são muitos jogos, coisa lúdica".

A última modalidade discursiva, neste estudo, se sustenta num modelo psíquico de prática das oficinas, situando-a no discurso do inconsciente, em que interessa a singularidade do louco e sua possibilidade de subjetivar ou simbolizar sua história de vida, evidenciando um modo relacional com o inconsciente em resposta à experiência da castração, na maioria das vezes orientada pelo discurso psicanalítico (Guerra, 2004).

Observamos que o discurso do inconsciente é verificável na prática, quando o entrevistado afirma desenvolver na oficina de arte terapia, um trabalho com o simbólico do usuário:

> E5.7 "... faço grupo de arte imagem que é um trabalho voltado à psicoterapia e também à oficina de arte terapia, trabalho numa linha junguiana, trabalho muito com a concepção simbólica que vem através das imagens".

Autores como Gullar (apud Cavalcanti et al, 2003) concluem que a arte é uma tentativa individual de buscar dar sentido às suas experiências internas, sejam elas assustadoras ou belas, que possam identificá-lo como ser humano. Por meio da criação de imagens, de sons, da transformação

dos materiais em linguagem, nos tornamos capazes de compartilhar com os outros nossos medos e encantamentos.

Para Lima (2004), a arte pode ser vista como um instrumento de enriquecimento das vidas, de descobertas e ampliação de potencialidades singulares e de acesso a bens culturais. O depoimento seguinte demonstra que os participantes desta oficina circulam pela pinacoteca, pela estação, pelo parque constantemente, tendo acesso aos bens culturais:

> E5.13 "... visitamos constantemente a estação, a pinacoteca, o parque, depois discutimos a respeito, fazemos toda uma leitura de imagens e ai a gente também vai trabalhando no decorrer do tempo na oficina uma decodificação, eu trabalho dessa forma, uma decodificação de imagens, aproximo da imagem do popular, da imagem do coletivo, que é mais ligado à teoria junguiana que eu trabalho".

Neste sentido, a fala do entrevistado sobre sua atuação nos permite afirmar que esta intervenção pode ser associada a uma prática desinstitucionalizante e reabilitadora, uma vez que propicia aos usuários a circulação pelo território, promovendo a ampliação de sua rede social e cultural.

Nas palavras de Assis (2004, p.99), sobre a atuação do trabalhador que conduz as oficinas relacionadas à arte e expressão:

> Para além da prática nas oficinas, cabe ao artista apresentar ao grupo: mostras, concertos, atividades de relevância cultural e artística, fazendo parte de sua função conduzir o usuário para fora da instituição, ao encontro de uma nova condição social, possibilitando-lhe circular no ambiente cultural da cidade e criando assim uma vertente de novos valores sócio-culturais a serem apreendidos por aqueles, enquanto cidadãos.

Outra oficina citada pelos sujeitos da pesquisa é a oficina de padaria, em que os participantes são selecionados segundo critérios exigidos pelo profissional responsável, que estão relacionados à saúde física dos usuários, uma vez que participam da produção de um alimento perecível:

> E2. 21 "... terça feira tem o grupo de padaria (...) é um grupo muito delicado porque tem muitas coisinhas, muitos pormenores, porque pro paciente pir para a padaria ele tem que estar bem de saúde, ele não pode ter tuberculose, ele

> precisa fazer um exame de fezes, porque conforme ele se limpa pode ser que fique alguns restinhos em baixo da unha e ele tenha algum vermizinho, então não pode, então ele faz uns exames, passa pelo médico clínico e o médico clínico diz se ele esta apto para participar do grupo de padaria".

Acreditamos que a oficina de padaria é a que mais se aproxima do discurso da cidadania, quando tenta construir (ou reconstruir) estratégias perdidas ou ausentes de trabalho e de convivência social, por meio da aquisição de habilidades. Esta oficina, por buscar desenvolver habilidades individuais, possui um número limitado de participantes e de freqüência:

> E2. 29" Entra pouco paciente nessa oficina, digo que a minha oficina tem um paciente no grupo, porque assim eles entram geralmente três, eu não ponho mais que três". (se refere à oficina de padaria)

> E2. 25 "... eles ficam também mais ou menos por doze semanas na padaria ou um pouquinho mais se for preciso".

O próximo discurso aponta a oficina de padaria como uma oficina capaz de gerar renda para os seus participantes:

> E2. 26 "A oficina de padaria também é uma oficina com caráter de renda, por isso que ela esta ligada à associação vida ativa".

No entanto, é interessante observar que o produto obtido nesta oficina, que poderia ser utilizado como um recurso de troca social e material, não cumpre uma função de geração de renda e conseqüentemente de Reabilitação Psicossocial, pois não é comercializado no mercado de consumo. Na verdade, o resultado da oficina está mais vinculado à aquisição de uma habilidade que pode ou não ser utilizada pelo usuário fora do espaço do serviço, em situações sociais restritas, como a família. Sendo assim, não podemos considerar a geração de renda como um objetivo definido pela oficina, pois dependerá da utilização que o usuário fizer dessa aprendizagem:

> E2. 27 "Nem para funcionários eles vendem ainda, não vendem, mas ai a gente orienta que eles podem estar fazendo, quem tem condições em casa pode estar fazendo e pode estar vendendo, muitos deles eu soube já que estão fazendo pra família ou estão até vendendo".

Ribeiro (2004) afirma que não basta colocar o indivíduo em atividade dentro de uma oficina para obter bons resultados na promoção de sua reinserção ou circulação social. “O trabalho produzido nas oficinas deve circular, abrindo portas para um lugar diferente daquele marcado pela segregação e exclusão, retirando o trabalho executado pelo portador de transtorno mental do lugar da banalização”. O objeto produzido deve representar e apresentar o sujeito socialmente, funcionando como intermediário entre o sujeito e aqueles com os quais se relaciona.

Nesse sentido, as oficinas do CRATOD que, segundo algumas falas, desenvolvem a aprendizagem de algum ofício artesanal visando à profissionalização, poderiam ser associadas à inclusão social no sentido da Reabilitação Psicossocial, uma vez que promovem a mudança de papel social dos usuários, estimulando o seu cadastramento como artesãos autônomos, que assim podem produzir e vender seus produtos em feiras de artesanato.

> E4.37 “... Nós fazemos oficinas aqui profissionalizantes, eles aprendem a fazer fuxico, tapetes de amarradinhos, artesanatos em geral, oficina de padaria e acabamos levando esses pacientes pra que eles se registrem como artesãos, vão lá fazem, demonstram a técnica, ganham a carteirinha, junto com a carteirinha eles ganham uma relação com as feiras que eles podem se candidatar, expor os seus trabalho. Eles saem de alguma forma com uma carteirinha dizendo que eles são artesãos”.

Entretanto, embora o discurso aparente um alinhamento à proposta de inclusão social pelo trabalho, uma das diretrizes do Ministério da Saúde para o desenvolvimento de projetos de geração de renda, o que se percebe tanto nas falas como nas observações do cotidiano, é que tais oficinas acabam por resultar num recurso terapêutico ou de entretenimento, do que propriamente na geração de renda dos participantes. De acordo com Saraceno (2001), uma das principais características da psiquiatria tradicional é o “entretenimento” do doente. Entreter significa “ter dentro” e também “passar prazerosamente o tempo”, esperando que o doente melhore, ou piore e até que ocorra uma mudança no estado do indivíduo, este permanece entretido com medicamentos, com conversas, com atividades

recreativas e com atividades ergoterápicas, que não possuem a capacidade de transformar a vida dos usuários, “dentro” dos hospitais psiquiátricos, ambulatórios e hospital-dia.

Paradoxalmente, o que sobressai deste discurso é a concepção de desabilidade dos usuários quanto à falta de habilidades produtivas, ou seja, a incapacidade de desenvolver uma atividade ocupacional rentável que seria superada com a aquisição de habilidades manuais, que permitam a produção de produtos comercializáveis de maneira autônoma e individual. Porém, essa chamada “profissionalização” somente possibilita ao usuário a aprendizagem de um ofício artesanal que não resulta necessariamente numa inserção no mercado formal, ao contrário, trata-se quando muito de uma inclusão no mercado informal (feiras de artesanato, etc) donde participam os marginalizados do sistema produtivo, que são vítimas tanto quanto os loucos da exclusão e da precarização das relações sociais de trabalho da atualidade.

Ainda, para os sujeitos deste estudo, no espaço das oficinas são discutidas algumas questões referentes à cidadania e à autonomia do sujeito:

> E8. 47 “... nesse espaço, a gente discute algumas questões de cidadania e a gente trabalha o paciente para a sua autonomia.” (esta entrevista se refere ao espaço da oficina)

A produção de autonomia dos usuários do serviço de saúde mental deve ser um dos principais objetivos a ser alcançado nas oficinas terapêuticas. “O conceito de autonomia está ligado à capacidade de cada sujeito em estabelecer pactos sociais que deverão gerar normas para sua vida” (Corrêa, 2004).

Kinoshita (2001) denomina esse poder de negociação como “poder de contratualidade”, que ocorre em três dimensões fundamentais: troca de bens, de mensagens e de afetos. No universo social, para que aconteça qualquer processo de intercâmbio é necessário que o sujeito tenha um valor previamente atribuído a si para as relações de troca. No caso das pessoas que recebem o atributo de doente mental, ou dependente químico, esta

condição, torna negativo este valor pressuposto e, como conseqüência, anula o seu poder de contratualidade.

Reabilitar, portanto, pressupõe reconstruir estes valores, aumentando o poder contratual do usuário e ampliando a sua autonomia, visto que o grau de autonomia de um indivíduo pode ser avaliado pela quantidade de laços sociais que estabelece e dos quais depende para viver. Devido à estigmatização, ao preconceito e ao isolamento social que historicamente foram associados ao fenômeno da loucura, em geral, as pessoas portadoras de transtorno mental moderado ou grave apresentam um número de relações e trocas sociais restrito, estabelecendo relações de dependência com um número muito limitado de pessoas (Kinoshita, 2001).

O profissional de saúde mental, nesse contexto, desempenha um importante papel, devendo procurar, junto com o usuário, construir projetos de vida que possam restabelecer seu poder contratual. A equipe deve realizar as mediações necessárias para que os projetos possam ser efetivados. Kinoshita (2001) designa esta mediação como “emprestar” o poder contratual, que significa: utilizar o prestígio, a delegação social e o saber atribuído pela sociedade aos profissionais possibilitando relações e experiências renovadas aos usuários dos serviços de saúde.

É possível que as falas estejam refletindo, mesmo sem mencionar o conceito de contratualidade, que os profissionais emprestam o seu poder contratual aos usuários em variadas situações, como no caso do recebimento de grandes encomendas, quando os profissionais se responsabilizam por trabalhar as questões referentes à negociação de prazos, compromissos e qualidade:

> E4.41 “...já pegaram encomendas grandes e aí a gente tem que trabalhar com isso, o que fazer com o dinheiro, como gerenciar esta questão, com compromisso, com entrega, com a qualidade, então tudo isso é trabalhado na oficina de tapetes, ai de fuxico”.

Num momento posterior, segundo os entrevistados, os usuários passariam a prescindir desse acompanhamento mais intensivo dos técnicos, uma vez que adquiriram um maior grau de autonomia e independência,

sobretudo, na circulação pelos espaços comunitários e utilização dos serviços públicos:

> E8.42 [Balcão da cidadania] "... eles agora já estão num estágio de autonomia que a gente esta deixando eles irem sozinhos, no início nós levávamos, agora eles vão por conta deles".

Consideramos que a evolução dessas propostas, ao longo do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, necessita de um aprofundamento no debate da alternativa de reabilitação no eixo trabalho mais adequada às necessidades dos usuários envolvidos, não no sentido de sua incapacidade e desabilidade individual, mas com relação à possibilidade de sua autonomia e emancipação humana, a partir da sua organização coletiva enquanto movimento social, que propõe transformações e rupturas com a concepção positivista, manicomial e individualizada da saúde mental, o que envolveria também ações e articulações intersetoriais.

Outra desabilidade apontada diz respeito aos cuidados pessoais e à aparência, cuja transformação resultaria em reabilitação diante dos valores estéticos da sociedade, conforme discurso abaixo:

> E4. 35 "...do ponto de vista estético, os usuários de drogas tem muito problemas dentários, nós tivemos uma vitória que foi conseguir ter o nosso consultório dentário aqui [...] Porque a reabilitação social passa também por reabilitação estética".

Considerar a singularidade do sujeito ao invés de sua doença e seus desvios sociais também é identificado como uma prática reabilitatória desenvolvida pela equipe. O suporte, a proteção e a aceitação são necessidades consideradas no modelo de reabilitação proposto por Spivak (Saraceno, 2001). O suporte permite fazer o paciente sentir-se aceito como é, de permitir a expressão dos comportamentos desviantes:

> E9. 23 "Pra nós aqui você é o Antonio, não é bêbado, você não é o cara que cometeu um crime, roubou, não, pra nós você é o João. Acho que essas coisas são passos iniciais para a questão da reabilitação".

Tal permissividade estaria relacionada à superação da dessocialização incentivando assim a mudança de comportamentos em direção ao desenvolvimento de comportamentos socialmente competentes, sobretudo, aqueles relativos às relações familiares. Um dos instrumentos que possibilitam a mudança de comportamento do usuário, segundo entrevistado, seria a Copa da Inclusão[21]:

> E3. 41 "...nós tivemos caso no primeiro ano que foi gratificante, paciente se relacionar melhor com a família, levar os filhos lá pro SESC pra eles curtirem também um pouquinho desse espaço". (esta atividade faz referência à Copa da Inclusão)

Percebemos ainda, que as práticas identificadas com a Reabilitação Psicossocial estão associadas à realização de atividades externas, o que pode ser verificado na frase abaixo:

> E10. 18 "Não ficarem segregados dentro de um lugar, e é isso que eu trago comigo. Vamos botar o povo na sociedade, a gente não pode dar tudo aqui, senão ele fica aqui [na instituição]".

As atividades externas assumem um papel fundamental na Reabilitação Psicossocial para estes profissionais, demonstrando a necessidade da "rua" como espaço reabilitatório. No entanto, quando se fala de atividades externas podemos pensar numa infinidade de atividades que apresentam objetivos variados. Durante a pesquisa, na maioria das vezes em que as atividades externas foram citadas, não foram explicitadas quais e como seriam essas atividades, transmitindo a idéia de que apenas foi reproduzido o jargão de inserir o indivíduo com sofrimento psíquico na sociedade, sem um maior aprofundamento sobre o sentido e objetivo dessas práticas, ou se estas ações poderiam mais uma vez configurar-se numa forma de entretenimento.

[21] A Copa da Inclusão é um projeto realizado anualmente, desde 2002. É uma mostra cultural e esportiva sem fins lucrativos, um espaço de integração, troca de saberes, socialização e confraternização que reúne diversas instituições relacionadas à saúde mental e alguns parceiros. Busca provocar acontecimentos na vida das pessoas portadoras de transtornos mentais, iluminando aspectos que devem ser discutidos e desenvolvidos pelos serviços, principalmente os que se referem à ampliação da rede social dos usuários (Cassandri, 2007).

Novamente podemos inferir que a concepção de reabilitação está associada às atividades externas e também às parcerias estabelecidas pela instituição que possam de alguma forma "instrumentalizar" o sujeito para que ele volte a ser capaz de atuar na sociedade e ser autônomo, conforme explicitado na fala abaixo, em que se acredita ser o curso de informática, uma fonte de informação aos usuários do serviço ou as atividades na rua associada à inserção na sociedade como reabilitação:

> E6. 11 "...os oferecimentos que a instituição tem de coisas externas, que tem a ver com aquela coisa dele se incluir de novo na sociedade. Eu acho que isso é muito importante, lugares que a gente tem parceria de curso de informática, de saber abrir um computador, de saber mandar um e-mail, fazer um bom currículo".

> E8. 48 "... da associação vida ativa porque ela é externa, é da porta pra fora, para o paciente estar saindo pra adquirir a sua autonomia. Pensar que ele é capaz, ele se auto afirmar".

Nestas concepções os usuários do serviço estão excluídos da sociedade e os profissionais, demonstram entender a reabilitação como forma de adaptação social. Segundo Saraceno (2001) no modelo de Spivak:

> A dessocialização é a existência de um déficit de competência social e pessoal. O déficit de competência se refere a um conjunto de expectativas e de habilidades que permitiriam ao individuo se posicionar eficazmente com as normas sociais existentes no interior do seu espaço vital (pg. 49).

Sendo assim, a reabilitação teria como meta aumentar as articulações sociais, definidas como a habilidade de se reportar e de satisfazer de forma adequada às demandas e necessidades explícitas e implícitas de tipo pessoal, social, emotivo e financeiro do próprio sujeito ou dos quais ele convive, do indivíduo com o ambiente e conseqüentemente de desenvolver as competências que lhe permitam se comportar com sucesso e eficácia na esfera das normas socialmente compartilhadas. Para Spivak, segundo Saraceno (2001), no programa reabilitativo, os sujeitos devem passar um determinado tempo na comunidade empenhado em desenvolver papéis

sociais “normais”, e um tempo ligado ao serviço para assegurar a continuidade terapêutica.

Parece que a concepção de alguns entrevistados sobre a Reabilitação Psicossocial se identifica mais com o modelo de Spivak que, segundo alguns autores como Saraceno (2001), pretendem o ajustamento dos comportamentos socialmente aceitos para uma boa adaptação social. Esta concepção se evidencia nos discursos analisados, uma vez que reabilitar significa possibilitar aos usuários a inclusão social por meio da aprendizagem de algum ofício que não necessariamente satisfaça plenamente as suas necessidades materiais e subjetivas, mas, sobretudo, que permita a apresentação de um comportamento mais ajustado às relações sociais, inclusive quanto aos valores morais do trabalho, que considera inaceitável a ociosidade, que culpabiliza o indivíduo pela sua exclusão do mercado de trabalho formal e valoriza a competição e a ambição como elementos do sucesso pessoal e profissional.

Cabe ressaltar que a estratégia da Reabilitação Psicossocial vai muito além do desenvolvimento de atividades externas e parcerias. Não pretendemos aqui desvalorizar essas práticas, que poderiam transformar-se em propostas interessantes e recursos para a Reabilitação Psicossocial dos usuários de álcool e outras drogas, desde que fossem problematizadas à luz dos conceitos de desinstitucionalização e cidadania, em seus aspectos micro e macrossociais.

A principal estratégia do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira são os CAPSs, que vêm se mostrando efetivos na substituição do modelo hospitalocêntrico. O CAPS é um dispositivo que deve estar articulado na rede de serviços de saúde, necessitando permanentemente de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais ou por serem usuários de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2004a).

A referência a uma articulação em rede não está relacionada apenas aos serviços de saúde, mas também se refere à articulação intersetorial com os campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte,

Lazer, parcerias com Universidades ou ONGs (Organização Não Governamental). Nesse sentido, "a rede de atenção forma-se a partir da articulação dos serviços de saúde com os recursos (público ou privados) existentes no território" (Cassandri, 2007).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004c), uma política de promoção, prevenção, tratamento e de educação voltada para o uso de álcool e outras drogas deverá necessariamente ser construída nas interfaces intra-setoriais possíveis aos programas do próprio Ministério da Saúde, o mesmo ocorrendo em relação a outros Ministérios, organizações governamentais e não governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada, assegurando a participação intersetorial.

As ações intersetoriais devem, portanto, envolver setores como a educação, lazer, cultura, transporte, habitação, desenvolvimento urbano e produção industrial e agrícola, estabelecendo a responsabilidade de ação nos diferentes setores sociais (Ministério da Saúde 2002, p.35).

Ainda dentro da mesma lógica, para uma abordagem eficiente e complexa da saúde, que busque uma efetiva transformação da prática e da assistência, novas estratégias devem ser incorporadas. Nesse sentido, a intersetorialidade apresenta-se como uma estratégia de soluções aos problemas do campo de práticas sociais (Almeida Filho, 2000).

Dessa forma, as relações estabelecidas entre o CRATOD com os demais campos de conhecimento e atuação são imprescindíveis para a realização de um trabalho que objetive a construção da rede social dos usuários e sua Reabilitação Psicossocial. Assim, discutiremos a seguir as parcerias firmadas entre o CRATOD com os demais serviços de outras esferas sociais.

Entre as relações intersetoriais constituídas pelo CRATOD, encontramos as parcerias com o setor da Educação, como os Telecentros[22], que são locais públicos de geração de conhecimento e fortalecimento da

[22] Disponível em: http://www.idbrasil.gov.br/folder.2008-04-29.2453526568/metodologia_atendimento_acesso_pessoas_com_deficiencia_a_telecentro/download. Acesso em 10/02/09.

cidadania e que dão oportunidades não apenas às pessoas com deficiência, mas a todas as pessoas excluídas, tanto social, como digitalmente, possibilitando o acesso às tecnologias de informação e comunicação, e permitindo que em médio prazo, estas pessoas possam desfrutar das vantagens nas áreas de: trabalho, educação, cultura, lazer, pesquisa e informação.

> E6.20 "... os telecentros que tem por São Paulo, a gente trabalha muito com o que tem aqui perto da PRATIS com muitos cursos".

Outra função das parcerias estabelecidas é a formação de uma rede de encaminhamentos para cursos profissionalizantes, específicos para pessoas com dificuldades especiais ou não, auxiliando na promoção da inserção social desta população por meio da sua capacitação profissional:

> E10.15 [Facilidades] "A Fazecop é uma instituição que dá cursos gratuitos de elétrica, pintura, de encanador, zelador de prédio (...) eles tem uma exigência com o nível de instrução da pessoa, então quando a gente consegue alguém que se enquadra mais ou menos naquele perfil, a gente encaminha pra lá, desde que o paciente tenha interesse em alguma dessas áreas"

> E4.31 "... fazemos também parcerias com algumas ongs que oferecem capacitação profissional".

Sendo assim, as ações intersetoriais citadas, que se caracterizam pelo estabelecimento de parcerias com setores governamentais, foram associadas às práticas reabilitatórias:

> E4. 36 "... na questão da reabilitação social nós também fizemos parceria com a sutaco. A sutaco é um órgão do governo do Estado de São Paulo que registra os artesãos".

Estas parcerias permitem a exposição e venda de produtos feitos nas oficinas em locais de grande circulação, como shoppings, possibilitando a ampliação da capacidade relacional dos sujeitos envolvidos, por meio do convívio grupal em que novas trocas afetivas são estabelecidas e, também,

nas atividades de venda dos produtos quando os sujeitos estabelecem contato com o público em geral:

> E10. 3 “Estão participando também do balcão da cidadania com um centro de voluntariado de São Paulo, então eles tem exposto lá os produtos que eles fazem em shopping, então creio que essa é uma maneira de reabilitar”.

> E8.41“... a gente fez uma parceria com a Associação dos Voluntariados de São Paulo e a gente participa de algumas atividades do Balcão da Cidadania que é um balcão que alguns shoppings centers, por exemplo, como o SP Market, Iguatemi, o da Penha e outros nos cedem um espaço, onde nós levamos os pacientes”.

Os recursos privados também foram apontados como possibilidades interessantes de parcerias para a promoção de eventos que ampliam a participação dos usuários em espaços sociais:

> E8.43 “Existe um outro recurso hoje também que é a rua das flores, que é uma parceria com o Banco Real, que nos ofereceu um espaço nesta feira com algumas barracas e a gente está com todo esse trabalho junto ao Banco Real pra gente conseguir inserir os pacientes ali”.

Percebemos que os profissionais entrevistados estão empenhados em buscar novas parcerias, além das já existentes, para atender os usuários do serviço em suas necessidades de colocação profissional:

> E10.13 “Eu acho que teria que fazer e é uma coisa que eu tenho pensado junto com a equipe, seriam algumas parcerias com instituições Senai né? Instituições escolas que pudessem oferecer um curso de reciclagem profissional ou alguma habilidade profissional pra que eles possam fazer um trabalho informal ou autônomo”.

Na lógica da intersetorialidade, a parceria com o Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI) seria de grande valia para a população usuária do CRATOD, pois o SENAI tem como responsabilidade social colaborar para transformar indivíduos marginalizados da vida econômica em cidadãos, educando-os para o trabalho[23].

[23] Disponível em: http://www.senai.br/br/institucional/snai_rsoc.aspx. Acesso em 10/02/09.

> E10.16 “A gente sempre tem que procurar fazer parcerias com locais fora da instituição porque senão a gente corre o risco de torná-los dependente da nossa instituição”.

Por meio deste depoimento, percebemos que as parcerias assumem um papel estratégico no novo modelo de assistência, pois é primordial que os serviços como o CRATOD, não sejam lugares que desenvolvam a dependência do usuário ao seu tratamento na instituição por toda a vida.

Segundo Amarante (2007, p.73) a dimensão sociocultural é uma dimensão estratégica, que tem como um dos princípios fundamentais envolver a sociedade na discussão sobre a Reforma Psiquiátrica brasileira, provocando o imaginário social a refletir sobre o tema da loucura, da doença mental, da dependência química, dos hospitais psiquiátricos “a partir da própria produção cultural e artística dos atores sociais envolvidos (usuários, familiares, técnicos e voluntários)”.

Neste sentido, os discursos revelam a busca do CRATOD no contato com os mais diferenciados setores, com a preocupação de melhorar a satisfação das necessidades da população. Demonstram também que diferentes áreas sociais podem contribuir com a inclusão do usuário de álcool e outras drogas em diversificadas atividades sociais.

Os discursos afirmam a importâncias das ONGs, associações e outras parcerias no enfrentamento do modelo de psiquiatria manicomial e na constituição de uma rede de suporte aos usuários em saúde mental, ampliando as possibilidades desta população de exercer sua cidadania.

Segundo Tenório (1997, p.11) as ONGs atuam por meio “da promoção social, visando contribuir para um processo de desenvolvimento que pressupõe transformações estruturais da sociedade”. Nesse sentido, a organização coletiva em associações de usuários, familiares e trabalhadores possibilita a participação social e política dos usuários na defesa de seus direitos em busca da subversão da exclusão social em direção ao exercício da cidadania.

> E8.35 “... a gente faz parte de uma reunião da associação vida ativa, que é uma reunião de funcionários e pacientes do CRATOD. Essa reunião acontece quarta-feira, dentro de uma das oficinas terapêuticas”.

> E4. 38 “...conseguimos barracas porque nós temos uma associação dos funcionários e pacientes daqui”.

> E2. 24 “... eles confeccionam o pão, a associação vida ativa acontece dentro do grupo do fuxico. O fuxico ta funcionado lá abre um espaço de uma hora acontece a associação, a reunião da associação”.

Outro aspecto apreendido na fala de um dos entrevistados revela a existência de associações confusas e equivocadas com relação à Reabilitação Psicossocial, já que nestes relatos as práticas reabilitatórias foram identificadas com a necessidade de orientação sexual e religiosa, que na verdade, aparentam estarem fundamentadas em valores ou julgamentos morais do próprio profissional e não em necessidades apresentadas pelos usuários:

> E7. 60 “... passa por reabilitação missão. Quer dizer você olhar aquilo que é o teu trabalho, o que você veio fazer aqui nesse mundo?”.

> E7. 58 “... passa por ali também na reabilitação a questão das sexualidades”.

> E7. 61 [Reabilitação] “... eu acho que a religiosidade é um fato, então você tem que estimular também o paciente pra que ele encontre a sua religiosidade”.

> E7. 48 “... não existe reabilitação se você não falar antes de motivação”.

> E7. 62 [motivação, religiosidade, vinculo, auto-estima, família, finanças, sexualidade, missão] “... ele se tiver pelo menos 70 por cento destes fatores, ou 50 por cento, eu falaria em reabilitação no Brasil”.

Na estratégia de Reabilitação Psicossocial é primordial que consideremos as variáveis que influem na melhora ou na piora dos sujeitos,

lembrando que quando falamos de melhora ou piora, nos referimos aos efeitos e resultados da reabilitação que são também a redução da cronicidade e o aumento da capacidade do sujeito na comunidade. As variáveis que determinam os resultados são divididas em dois extremos: a micro e a macro. Trataremos agora da micro, que é o *quantum* de afetividade, de energia, do tempo gasto com o sujeito, ou seja, do real vínculo que se estabelece nesta relação. No discurso abaixo, percebemos que a atitude do profissional, na sua relação com o usuário, é considerada fundamental no processo de reabilitação, o que está de acordo com os preceitos da Reabilitação Psicossocial:

> E7.51"... você tem que ter muita humildade pra passar pro paciente esse sentido humano, então você tem que humanizar a relação, porque eu penso que pra você falar em reabilitação você tem que falar em vinculo. Então você tem que observar o que vai rolando ali no vínculo".

Na saúde em geral, um dos procedimentos é a forma de atenção dispensada ao paciente. O significado da palavra "atenção", pelo lado técnico é o conjunto de cuidados e procedimentos desenvolvidos pelo profissional no tratamento e reabilitação do usuário; pelo lado de quem a recebe, o usuário do serviço, a "atenção" quer dizer atitudes decisivas e essenciais para a sua vida. No caso da psiquiatria, a forma de atenção possui um impacto particular no futuro do usuário, visto que a atenção nesta área ultrapassa o campo do indivíduo e seus processos orgânicos, atravessando suas relações afetivas, familiares e com a sociedade civil. Nesse sentido, individualizar a atenção adquire especial importância na efetivação do processo de Reabilitação Psicossocial dos dependentes químicos (Furtado, 2001).

Dessa maneira, Furtado (2001) é enfático ao afirmar que somente um acompanhamento por inteiro, e um conseqüente conhecimento e envolvimento profundo do profissional com o usuário, possibilitarão identificar e fazer emergir as necessidades e desejos dos usuários, contemplando-os na proposta terapêutica. Para tanto, a instauração de um vínculo entre usuário e profissional, permitirá a estes protagonistas

adquirirem uma visão de conjunto do processo em que estão envolvidos. Segundo entrevistado, a Copa da Inclusão é uma atividade externa, que permite a diminuição da disparidade entre o profissional e o usuário, permitindo que esta relação torne-se mais estreita:

> E3.38 [proposta que expresse a reabilitação psicossocial] "... a copa da inclusão. [...] você percebe essa questão de reabilitação psicossocial fica bem claro, porque além da atividade dele [...] ela vem complementando e é uma atividade extra, fora do CRATOD, fora do estabelecimento daqui [...] vai pra lá é mais descontraído, essa coisa de respeito sempre tem que existir, mas essa coisa de técnico x paciente diminui bastante, fica mais estreito, então a gente brinca mais, descontrai mais, a gente acaba conhecendo mais o paciente".

Conforme a definição clássica da International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, de 1985, a Reabilitação Psicossocial se constitui em:

> O processo de facilitar ao indivíduo com limitações a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade... O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustado às demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado (apud Pitta 2001).

Sabemos que os indivíduos que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, são vistos pela sociedade e muitas vezes por eles mesmos como "homens degenerados e fracos de caráter". Desde o final do século XVIII, quando a literatura específica traz os primeiros relatos do álcool como um problema, esta representação social se faz presente. Podemos apreender no discurso abaixo, que os profissionais têm consciência da importância de trabalhar com estes indivíduos a parte mais "sadia" e os seus potenciais, aumentando a sua auto-estima para que a reabilitação possa ocorrer:

> E9. 20 "Um sujeito que se sente culpado, que diz eu sou uma porcaria, eu não presto, ou que tem lá a auto estima lá em baixo, muita dificuldade ele vai ter de se reabilitar".

> E7. 54 “... para você falar nesta questão de reabilitação, você tem que falar primeiro da própria auto-estima do paciente”.

Considerando os três eixos que fundamentam a concepção de Reabilitação Psicossocial defendida por Saraceno (2001), passaremos à análise das falas sobre os aspectos com os quais se constrói o aumento da capacidade contratual dos sujeitos em desvantagem.

4.2.1 Morar/habitar

Analisando o eixo morar/habitar, no caso específico do CRATOD, este é considerado pelos profissionais entrevistados como uma das maiores dificuldades para a reabilitação da população referenciada, já que em sua grande maioria esta se constitui por moradores de rua da região, conforme trecho abaixo:

> E2. 38 “ Na minha área a dificuldade é eles não terem casa, eles não terem moradia”.

Para Saraceno (2001), a reabilitação está intrinsecamente ligada com a idéia de casa, de morar, idéias que, freqüentemente, vêm sobrepostas e são confundidas entre si, pois muitos pacientes “estão” nos hospitais, em clínicas de reabilitação ou até mesmo nas casas de suas famílias. Um dos principais elementos da qualidade de vida e da capacidade contratual de um sujeito é representado pelo quanto o próprio “estar” em determinado local se torna um “habitar” este local, pois entre estar e habitar existe um grande diferencial.

Ainda, para Saraceno (2001):

> O estar tem a ver com uma escassa ou nula propriedade (não só material) do espaço por parte do indivíduo, com uma anomia e anonimato do espaço em relação àquele indivíduo que no dito espaço não tem poder decisional, material e nem simbólico. O habitar tem a ver com um grau sempre mais evoluído de “propriedade” (mas não só material) do espaço no qual se vive, um grau de contratualidade elevado em relação à organização material

> e simbólica dos espaços e dos objetos, à sua divisão afetiva com os outros" (p. 114).

A casa ou moradia em que vivemos não, necessariamente, seria um dos melhores lugares para exercitarmos a nossa contratualidade, ou seja, o poder e o prazer do habitar, pois mesmo nessa situação podemos experimentar a perda do poder contratual, material e simbólico (Saraceno, 2001). Percebemos nos discursos abaixo, que existe uma real preocupação por parte dos profissionais da equipe técnica com o morar, pois o morar faz parte do *hall* de necessidades básicas do ser humano. Entretanto, o conceito de morar que está latente nas falas dos profissionais relaciona-se à idéia de viver num espaço fechado e definido, de quatro paredes. Porém, o eixo habitar não está associado à idéia de habitação enquanto propriedade, mas sim de um espaço material ou simbólico, onde o sujeito se sinta apropriado e partícipe.

Acreditamos que devido à população atendida pelo CRATOD ser composta por moradores de rua, os profissionais acabam preocupando-se em sanar o problema da falta de moradia com a alternativa de inserir os usuários em albergues, que lembrando, não configura-se como um problema para esses usuários, moradores de rua:

> 4.29 "... aquele que tá em situação de rua a gente tenta viabilizar a entrada dele numa instituição é... num equipamento de órgão público, em albergue para que ele tenha pelo menos, minimamente um abrigo".

> E6. 14 [para os que não têm família] "... investe muito em incentivá-lo à vaga fixa do albergue porque bem ou mal acaba que o albergue vira uma casa".

Conforme discurso acima, o albergue pode efetivamente ser um abrigo para os que não têm recursos, mas avaliamos que no albergue não existe condições do sujeito habitar, pois na maior parte das vezes o albergue é um lugar de regras definidas e de grande rotatividade, onde as pessoas são tratadas da mesma forma e são obrigadas a fazer as mesmas coisas sendo, portanto um lugar onde o sujeito possa apenas *estar*. Podemos inferir que talvez por essa razão, muitos moradores de rua prefiram o espaço da

rua como habitar por experimentarem maior liberdade e independência, mesmo com a precariedade e vulnerabilidade própria dessa situação.

No entanto, a reabilitação deve se ocupar da casa e também do habitar, considerando a habitação/moradia um direito constitucional que se relaciona também à segurança física e à saúde. A escolha da rua como moradia, portanto, não deve ser motivada por uma falta de opção ou fuga de alguma situação desfavorável.

O habitar, na concepção da Reabilitação Psicossocial, está ligado à ativação de desejos e habilidades, sendo possível trabalhar sobre o eixo habitar mesmo na ausência de uma casa concreta, considerada uma das formas possíveis do habitar, mas não a exclusiva, pois os profissionais podem objetivar a transformação do habitat que é o processo de transformação de espaço em lugar, onde quer que se encontre o sujeito, haverá um trabalho de habitar a ser feito em conjunto tornando o habitat qualquer lugar que o paciente possa estar. O técnico deveria assumir "a função de intermediação" que é a função do técnico empenhado sobre o eixo habitat:

> Para além de seu histórico deslocamento sobre o hipotético percurso que vai do hospital psiquiátrico ao contexto social, esta se propõe a operar para a mudança sobre o plano individual (da desestruturação em direção à identidade), sobre o plano familiar (da expulsão em direção à aceitação), sobre o plano social (da marginalização rumo à inserção)" (Tagliabue, 1993 apud Saraceno, 2001).

Outro discurso marcante no que se refere ao eixo morar/habitar diz respeito àqueles sujeitos que de alguma forma conseguem obter recursos para conseguir uma alternativa de moradia:

> E6. 15 "aqueles que ganham dinheiro, que tem alguma possibilidade, a gente esta sempre batalhando para alugar um quartinho de hotel, ou outra coisa, pagar uma pensão, a importância de sair da rua, a importância de dar valor ao banho, ao momento de deitar na cama, de ver TV, seja como for".

Mais uma vez percebemos a preocupação dos profissionais com relação ao morar, mas segundo Saraceno (2001) é preciso ressaltar que os

percursos individuais que acompanham a experiência da aquisição da casa é um percurso fundamental para a reabilitação, pois o direito não é somente à casa, mas também a sua aquisição como um processo de formação da cidadania do individuo. Portanto, o profissional deve ter em mente que a necessidade sobre a qual este deve atuar é o de habitar e não simplesmente de se ter uma casa. Pois quando se habita não há o dormir regulado, o amar proibido ou culposamente tolerado, o comer apenas como nutrição, negando a banalidade do viver, mas exatamente o contrário, estas ações devem estar centradas nas demandas singulares de cada um, como acontece com os diferentes moradores de uma casa que se refletem nos atos do cotidiano com os quais nós humanos executamos com naturalidade e liberdade.

4.2.2 Trocar identidades/rede social

Os seres humanos necessitam do contato com o outro para se reconhecer, faz parte da vida cotidiana estabelecer relações interpessoais, sejam elas comerciais, afetivas, materiais e até mesmo de poder. Estas trocas podem acontecer em qualquer espaço seja nas ruas, nos bares, no mercado, nas escolas, nas instituições religiosas, de saúde, enfim em qualquer lugar onde existam mais de uma pessoa disposta a estabelecer trocas. A participação nessa troca com o outro, ou dos lugares onde essa troca torna-se possível constitui a chamada rede social.

Segundo Saraceno (2001) a desabilitação dos sujeitos com sofrimento psíquico também é o empobrecimento da rede social do indivíduo, que conta com perda qualitativa e quantitativa desde a primeira rede social disponível que é o núcleo familiar. Os profissionais do CRATOD parecem identificar nos usuários da instituição este empobrecimento no núcleo familiar, tanto que investem no resgate do vínculo afetivo familiar e enfatizam que a família tem um papel importante na reabilitação do sujeito, conforme fala abaixo:

> E6. 12 [Expressão da proposta da reabilitação psicossocial] "... eu acho isso importante o contato com a família muito, a gente trabalha principalmente o serviço social muito, com

> eles essa questão de deixar a gente ligar pra família vir buscar, deles voltarem a conviver com pai, mãe, filhos".

Saraceno (2001) afirma que as intervenções que possibilitam uma melhora no cenário familiar, conseqüentemente, geram expansões na rede social como um todo, o que também é demonstrado em estudos internacionais que enfatizam o suporte social no tratamento como um facilitador na remoção de atritos melhorando a interação interpessoal dos usuários de drogas e a sociedade, auxiliando o usuário de drogas a assumir um novo papel social (Malhotra A, Maihotra S, Basu D, 2001). Tanto que a convivência entre os familiares e o sujeito assume inclusive, um papel de favorecimento nas intervenções que tem como objetivo a reabilitação, sendo considerado como o único ponto favorável na visão dos entrevistados:

> E5. 46 "... favorável pra quem tem uma família que acolhe e dá suporte eu não vejo muitos outros detalhes aqui de favorecimento quando as pessoas estão em situação de rua, sem trabalho".

O que coincide com a avaliação apresentada em outro relato, no qual aponta a importância fundamental da existência da família para a reabilitação:

> E7. 56 "... pra você falar em reabilitação você tem que falar em família, se você não tiver família eu duvido muito, porque é o grupo mais forte que defende o ser humano, mas às vezes é também o mais forte que ataca, isso precisa estar equilibrado".

O que nos leva a crer que para os profissionais há uma limitação na possibilidade de reabilitar aqueles que não têm família, ou que possuem uma família que não acolhe e que na experiência cotidiana revela ser a realidade de grande parte dos usuários dos serviços de saúde mental. Certamente é mais "simples" conceber como âmbito de intervenção acerca da rede social o que é mais restrito à família, pois se trata de um universo mais reduzido e definido socialmente (para o paciente e para o profissional), em detrimento da intervenção na rede social mais ampla (Saraceno, 2001).

Além da ausência do suporte familiar, outros complicadores para a dificuldade de trabalhar com a população da instituição é a perda dos vínculos empregatícios e de amizades, que podem ser considerados elementos da rede social mais ampla:

> E4. 15 "...não é aquele paciente que tem suporte familiar, eles já perderam todos os vínculos empregatícios, o suporte da família, o contato com os amigos, então é muito complicado trabalhar com essa população".

Alguns profissionais consideram que a troca social pode ocorrer no ambiente institucional, por meio de atividades que facilitem esta troca entre os próprios usuários:

> E3. 42 "...o ambiente também favorece essa coisa de inserção, é integração, eles se conhecerem mais, na prática de esportes, na dança circular, o vínculo que o grupo de mulheres com o grupo de GESTO que são grupos diferentes, eles se unem mais, eles trocam figurinhas e ajuda na reabilitação porque às vezes uma fala da dependência dela, a ingestão de comida. E a outra fala dos problemas da dependência, o que acarretou, depressão, essas coisas todas que são as comorbidades que elas têm e ai elas percebem que são muito parecidos e ai é legal, eu percebo também que ajuda essa questão na reabilitação".

A rede social pode ser entendida, ainda, numa vertente mais ampliada, como conjunto de dispositivos extra-hospitalares que, ao estabelecerem conexões com os usuários, compõe com estes últimos um campo de produção de sociabilidade, de sentido, de troca (Santos, 1997).

As falas de um modo geral se referem à importância da família e das atividades externas na tentativa de desviar o foco do uso das drogas para outras atividades que promovam o prazer:

> E6. 13 "... as questões mais importantes que eu acho são essas duas: são as coisas externas que acontecem junto com o tratamento pra eles verem que existem prazeres em outras coisas que não são somente o álcool e as drogas, eu acho, e o carinho da família".

O carinho (apoio) da família também é considerado pelos profissionais importante para a reabilitação, o que vai de encontro aos estudos internacionais que afirmam que o suporte social oferecido pela família,

amigos e outros participantes na recuperação dos usuários de drogas podem ter um papel vital na prevenção/desenvolvimento da recaída (Malhotra A, Maihotra S, Basu D., 2001; McMahon RC., 2001). Portanto, é primordial que os serviços de saúde mental tenham em seu projeto terapêutico a rede social do sujeito como um dos eixos norteadores do tratamento, entretanto, sem limitar-se apenas à intervenção na família, embora esta também se revele como fundamental:

> E7.12 "... é outra coisa que eu acho que o CRATOD ainda esta devendo. Que é o problema do outro pé, é o pato manco vamos dizer assim, quer dizer você tem que ter o paciente, mas você tem que ter o outro lado que é o contexto família porque caminham juntos".

Corroborando com esta visão, Fleeman (1997) demonstra uma forte evidência de que o suporte social auxilia e efetiva o tratamento ambulatorial e a desintoxicação residencial. Existem também outras vantagens, como a redução do estigma do paciente internado e o maior envolvimento da família no suporte. Para tanto, o tratamento do dependente químico deve proporcionar um co-envolvimento da família nos projetos de reabilitação fazendo com que esta se torne protagonista neste processo de recuperação do indivíduo.

Vale ressaltar que não foi detectada nenhuma frase relacionada à rede social excetuando-se a família, entretanto como já apontamos, a rede social é muito mais do que a família e inclui a comunidade em geral.

Propiciar o desenvolvimento e a ampliação da rede social, em outras palavras, favorecer as trocas sociais dos usuários de álcool e outras drogas, envolve além da intervenção familiar, a transformação da realidade cultural na qual estão inseridos todos os atores envolvidos.

4.2.3 Trabalho/produzir e trocar mercadorias

O trabalho, outro eixo fundamental para a Reabilitação Psicossocial, é reconhecido socialmente como um meio que possibilita ao ser humano

reproduzir sua vida material para satisfazer suas necessidades básicas como: comer, vestir, beber, morar e também para reproduzir sua vida social como: o lazer, convivência e liberdade.

Questões referentes a: onde a pessoa mora? Como passeia? Como tem acesso aos bens culturais comunitários? Como se alimenta? E outras relacionadas ao gerenciamento de suas vidas, e que dependem da obtenção de renda, são apontadas como uma necessidade no cotidiano do conjunto das novas práticas, e parecem fazer parte da realidade dos técnicos quando relatam:

> E7.57 "... pra você reabilitar o paciente, este tem que ter recursos dentro do seu talento de ganhar o seu sustento, então passa por ali finanças".

Desde seu surgimento, a psiquiatria associou o transtorno psíquico à falta de adaptabilidade do homem ao processo produtivo, tomando-o como um critério diagnóstico que considera como saudável e normal somente aquele que dispõe de condições físicas e psíquicas para ser considerado habilitado como mão-de-obra ou força de trabalho disponível para a subordinação e inclusão ao processo de produção (Aranha e Silva, 1997).

O trabalho, neste sentido, designado para o portador de sofrimento psíquico/usuário de álcool e outras drogas, foi um trabalho de "faz de conta", aquele que conhecemos nas décadas de 70/80, do século passado, em nossa formação técnica, dentro de grandes asilos que não nasceram como um lugar de cuidado médico da loucura, mas sim, como um espaço de exclusão, determinada, entre outras coisas, pela obrigação moral do trabalho.

O paradigma psiquiátrico tradicional, que prioriza o olhar sobre a doença, compreende o trabalho como um dispositivo de tratamento desenvolvido no interior das instituições que não considera as necessidades do indivíduo, mas reproduz um valor moral e ético produzido pelo nascimento do capitalismo, onde a ociosidade deve ser banida e todos devem se adequar às relações sociais de produção da forma capitalista. O trabalho, nessa concepção, teria uma função terapêutica e pedagógica,

normatizante e integradora, que buscaria restituir a produtividade dos elementos desviantes da ordem social.

Segundo Aranha e Silva (1997) na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, o trabalho do usuário deixa de ocupar um lugar restrito a um dispositivo de tratamento, como era no tratamento moral, não servindo mais como dispositivo de adaptação social proposto pelas ciências comportamentais. A utilização do trabalho nas propostas reabilitadoras deve se configurar como um instrumento de inclusão social e promoção de cidadania das pessoas com transtorno mental, subvertendo a lógica exploratória e terapêutica do modelo manicomial (Ministério da Saúde, 2005b).

Segundo o Ministério da Saúde (2005b), o novo modelo de atenção tem apresentado muitas experiências de "geração de renda", "cooperativas", "trabalho protegido" entre outras, e todas, tem como determinante ético, a produção da autonomia e a inclusão social dos usuários frente às novas exigências de compreensão que a vida diária com o mercado capitalista e com a sociedade excludente impõe. Nesse campo, o Ministério da Saúde em parceria com a Economia Solidária vem estimulando a criação de empreendimentos solidários no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, por meio do programa de inclusão social pelo trabalho, que entre outras coisas, estabelece um incentivo financeiro para os serviços que desenvolvam tais ações.

Os entrevistados não mencionaram termos como cooperativas e trabalho protegido, no entanto, quando falaram sobre Reabilitação Psicossocial automaticamente se referiram à possibilidade de trabalho para a população atendida priorizando as parcerias, conforme já foi observado, o que corrobora com Mendes (2005) "o mais importante no nosso trabalho são as parcerias. Como não podemos contar com uma cooperativa inserida numa rede de saúde mental, o que nos restou foi construir uma rede social":

> E4.32 "...com os adolescentes encaminhamos para cursos, encaminhamos pra oportunidade de emprego".

> E8.50 “... tem um trabalho também muito importante que a gente faz aqui, é um convênio, é uma parceria que a gente faz com alguma instituição que fornece cursos profissionalizantes então, cabeleireiro, pedreiro, pintor de parede, a gente faz um encaminhamento desses pacientes pra lá. E aí nós recebemos um retorno e aí quando termina o trabalho. O cara já é um pintor, um cabeleireiro um eletricista, já sai profissionalizado”.

Nesse sentido, a condição de trabalhador é considerada como um ponto favorável à Reabilitação Psicossocial:

> E5.47 “... pontos favoráveis para quem já está trabalhando, porque está com uma destruição de vida menos avançada do que outros, então a gente também tenta pontuar, segurar esses fatores para não ter uma perda maior”.

As oficinas profissionalizantes, mencionadas anteriormente, são identificadas com a possibilidade de inclusão social do trabalho:

> E4.40 “...pegam encomendas, se responsabilizam pelas encomendas tem alguns que já vivem do trabalho que eles faziam aqui, tanto de pães quanto de tapetes”.

A Associação Vida Ativa é apontada como um espaço de discussão coletiva sobre as questões relativas ao trabalho, que também torna possível a comercialização da produção dos usuários, conforme a fala:

> E8.38 “... nessas reuniões da associação, que é a associação vida ativa que chama, que nós vamos discutir com o paciente, onde essa mercadoria que ele produziu, como é que vai ser comercializada”.

Para Macedo (2005), o trabalho não pode estar desvinculado da vida do sujeito, nem da sua história e, portanto, é um dos pontos com o qual os profissionais devem estar atentos quando pensam em trabalho para a população que atendem. Esse discurso valoriza o contexto de vida do sujeito, evidenciando o resgate da história laboral de cada indivíduo, colaborando para revelar a aptidão trazida pelo sujeito:

> E7.39 “eu penso assim (...) se eu sou bom pintor eu tenho que estimular o pintor, se o cara coloca bem o azulejo dele eu tenho que estimular o cara a colocar o azulejo até o teto, então esses profissionais eles teriam mais capacitação, porque às vezes o modelo pra determinado tipo de paciente,

> sem ele ta em risco de vida, de morte, Seria mais um autoritarismo mesmo".

Segundo Brescia (2005), somente a partir deste resgate laboral é que o trabalho pode assumir um significado singular para cada um, pois na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, o trabalho está relacionado à produção de sentido na vida do usuário, além de permitir ao indivíduo o acesso aos bens materiais necessários à sua sobrevivência.

Conforme pesquisa realizada por Aranha e Silva (1997):

> Observa-se por meio da afirmação do usuário trabalhador que o exercício de uma atividade produtiva, associado a um tratamento, amplia seu potencial de relação intersubjetiva, altera o rigor com que julga sua auto-imagem, interfere e modifica a trama da rede familiar nuclear, além de alterar a qualidade da convivência no seu meio social mais próximo, com parentes e vizinhos.

4.2.4 Inclusão social/exclusão social

Nas últimas décadas do século XX, modificações importantes ocorreram no panorama político e econômico, tanto no Brasil quanto no mundo. Segundo Cruz e Ferreira (2001), neste período a desigualdade social se aprofundou, fruto da versão mais selvagem do capitalismo, o neoliberalismo, atingindo parcelas cada vez maiores da população, especialmente com relação à exclusão do mundo do trabalho. A reestruturação produtiva das empresas no mundo produziu desemprego crescente e concentração da renda. Os efeitos desta forma contemporânea do capitalismo fazem com que as pessoas desempregadas sejam consideradas sujeitos desnecessários ao sistema produtivo, dos quais a sociedade procura se livrar, tornando estes indivíduos excluídos socialmente.

O termo exclusão social teve sua origem na literatura francesa na década de 70, do século passado, com o trabalho de René Lenoir, quando este denuncia a situação precária dos indivíduos com algum tipo de

desvantagem em relação ao progresso industrial, como: prisioneiros, incapacitados, idosos, etc. (Demo, 2002).

Ainda, de acordo com Cruz e Ferreira (2001), os novos "marginalizados" podem ser classificados em vários grupos, que incluem os usuários de álcool e outras drogas, população de rua, indivíduos mental ou fisicamente incapacitados e outros, tendo em comum um duplo desprendimento: do trabalho e da inserção relacional, sendo descritos por Castel como desafiliados. Sobre este tema, afirma o entrevistado:

> E4.13 "... nós tratamos aqueles que ninguém quer tratar, a maioria dos CAPS não recebe a nossa população, os outros serviços que oferecem tratamento de álcool e drogas não recebem a nossa população, dos adultos quarenta por cento pelo menos são moradores de rua ou de albergues. Então é o excluído, do excluído, do excluído, é aquele que não consegue um bom atendimento nos prontos socorros, é aquele que não consegue um bom atendimento na rede como um todo, porque não tem endereço fixo (...) é aquele que nem sabe mais buscar esses recursos".

A assistência ao usuário de álcool e outras drogas, historicamente, esteve vinculado ao modelo médico psiquiátrico ou religioso, que tinha sua ênfase na lógica do isolamento (internação) e da recuperação moral e ética do usuário, visto como "pecador". Estes modelos acabavam excluindo os usuários da sociedade, estigmatizando-os, pois reduziam sua visão sobre o fenômeno da droga ao modelo moral, desconsiderando as várias faces desta problemática.

A hospitalização modifica expressivamente o destino social de um indivíduo, visto que o registro de uma internação em hospital psiquiátrico atesta que a pessoa "é um ser a parte", o que o torna portador de um estigma que provoca ainda mais exclusão. Portanto, suas chances na vida diminuem, sobretudo, no que se refere ao mundo do trabalho (Goffman, 1974).

Na sociedade capitalista, os projetos de vida estão fortemente ligados à vida profissional, portanto, os que estão sem trabalho têm inviabilizado a constituição de identidades, um processo, que tem papel central na determinação social das escolhas individuais (Cruz; Ferreira 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (2004c), os principais fatores que reforçam a exclusão social dos usuários de drogas são:

1. Associação do uso de álcool e outras drogas à delinqüência, sem critérios mínimos de avaliação;
2. O estigma atribuído aos usuários, que promovem a sua segregação social;
3. Inclusão do tráfico como uma alternativa de trabalho e geração de renda para as populações mais empobrecidas, em especial à utilização de mão-de-obra de jovens neste mercado;
4. A ilicitude do uso, que impede a participação social de forma organizada destes usuários;
5. O tratamento legal e de forma igualitária a todos os integrantes da "cadeia organizacional do mundo das drogas" é desigual em termos de penalização e alternativas de intervenção.

O estigma atribuído aos usuários de álcool e outras drogas é confirmado pelo depoimento seguinte:

> E8.65 "... eu particularmente acho que é uma questão muito séria de você ta trabalhando porque a sociedade estigmatiza demais. A sociedade não vê isso como uma doença, como um tratamento, ela vê como uma sem-vergonhice".

Além disso, há uma tendência natural do ser humano aceitar o que pode compreender e afastar de si o que não pode controlar, o que gera o medo e a insegurança. Conseqüentemente, a pessoa com a experiência do sofrimento psíquico é excluída socialmente, porque é vista como perigosa e incapaz, apontando a desumanização e ignorância da sociedade (Basaglia, 2005).

Assim, para os profissionais do CRATOD engajar o usuário na sociedade é considerada uma meta idealizada:

> E8.66 [Dificuldade] "... você tá engajando o paciente na sociedade, é muito bonita a idéia, a gente pensar sabe? Mas não é muito fácil".

Segundo Aranha e Silva (1997), os usuários dos serviços de saúde mental no Brasil, vêm sendo duplamente excluídos do jogo dos direitos civis, tanto pela legislação psiquiátrica que os enclausurou e os aprisionou ao código moral e ético do início do século passado, quanto pelo processo de produção material que se efetivava e se efetiva pelo trabalho contextualizado no modo de produção capitalista, em um País com características econômicas e culturais periféricas.

Entendemos, portanto, que o combate à exclusão social exige muito mais que assistência e requer, além da inserção laboral, a constituição de um sujeito social capaz de história própria, individual e coletiva, que tenha a possibilidade de transformar a sua realidade:

> E11.44 "Eu faço grupo do teatro do oprimido que sempre lida com situação de opressão e que muitas vezes esta envolvido a questão da exclusão. Eu acho que toda essa possibilidade de ajudar o indivíduo a se estressar e transformar a realidade você esta fazendo reabilitação social, você esta colocando aquela pessoa numa situação em que ela vai se colocar num determinado lugar no mundo".

A inclusão social do indivíduo com sofrimento psíquico, seja pelo uso de substâncias psicoativas ou não, é uma das finalidades dos serviços de saúde que se orientam pelas diretrizes da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Na perspectiva da inclusão social, a Reabilitação Psicossocial é fundamentalmente um processo de remoção de barreiras, que impedem a integração do indivíduo na sua comunidade e o pleno exercício dos seus direitos, ou seja, da sua cidadania (Bertolote, 2001).

Os entrevistados afirmam ainda, que para reabilitar um usuário de álcool e outras drogas, este deve estar na sociedade:

> E10.17 "Eu acho que pra gente reabilitar ou reinserir eles tem que estar na sociedade como todo mundo".

No entanto, as concepções dos profissionais concernentes à inclusão social enfatizam o retorno do usuário à rede social sem tocar no ponto nevrálgico do processo de exclusão, sobretudo, no que diz respeito à constituição do direito de cidadania.

É possível que tanto a diversificação, como a imprecisão do conceito de exclusão social possam justificar as noções reducionistas dos profissionais entrevistados, que enfatizam as ações de inclusão centradas no contexto social.

Considerando então, o eixo da rede social, um dos aspectos que promove a inclusão social do usuário, segundo entrevistado, é a Copa da Inclusão, em que são proporcionadas possibilidades de contatos e relações interpessoais:

> E3.32 [Copa da inclusão] "...é interessante essa atividade porque ela é realizada no SESC Itaquera (...) é uma atividade extra de reinserção social para eles, eles acabam conhecendo mais gente, mais profissionais, mais pacientes, alguns até já conhecem uns aos outros, é bem legal essa atividade porque por mais que a gente fale que é deles aquele espaço, que eles podem se apropriar, eles acham que não é como se fosse doação".

De acordo com a frase abaixo, as intervenções desenvolvidas pelo CRATOD para o usuário de álcool e outras drogas, também são consideradas promotoras da inclusão social, seja pelo trabalho ou pelo retorno à família:

> E10.10 [Reinserção social] "de maneira geral, teve paciente que deu até depoimento de que depois que ele passou pelo CRATOD, ele voltou pra família e começou a trabalhar, tem alguns que não voltam pra família, mas começam a trabalhar e se tornar mais independentes e consomem menos. Mas alguns até voltam pra família".

Consideramos importante a sociedade repensar seus valores sociais, que muitas vezes são responsáveis pela estigmatização dos usuários de substâncias psicoativas e do louco. Os serviços de saúde mental devem organizar encontros que incentivem a população a debater as questões sobre a loucura e sobre os usuários de álcool e outras drogas, no sentido de descobrir qual a melhor forma de compreender estes fenômenos, possibilitando a inclusão social desta população e conseqüentemente a sua Reabilitação Psicossocial.

O processo de inclusão social tem estreita relação com o desenvolvimento da cidadania de todas as pessoas, independentemente de seu estado de saúde.

4.2.5 Cidadania

O discurso acerca da cidadania dos indivíduos portadores de sofrimento psíquico teve enfoque na década de 1980, com a luta dos movimentos sociais, no contexto da redemocratização do País, com a Reforma Sanitária e, especificamente com a Reforma Psiquiátrica.

A cidadania é considerada primordial no trabalho com os usuários de álcool e outras drogas, segundo entrevistado, pois a elevação do usuário à condição de cidadão pleno seria identificada como um dos principais objetivos da Reabilitação Psicossocial:

> E9.13 "... o trabalho com paciente de álcool e drogas tem que visar necessariamente passar pela questão da cidadania, pela reabilitação social. Ele precisa encontrar-se com seu papel de cidadão pleno. Porque sem isso não há tratamento, não há, porque não há, pode haver arreledos de tratamento".

A partir da "trajetória da desinstitucionalização" da Reforma Psiquiátrica brasileira, a cidadania passou a ser entendida como um processo de construção de outro lugar social na experiência do sofrimento mental, garantindo a ampliação da capacidade destes indivíduos, bem como a liberdade de ação e participação (Oliveira, Alessi, 2005).

Para um dos entrevistados, incentivar a capacidade dos usuários, no que se refere à postura crítica é entendido como uma possibilidade do sujeito se tornar um cidadão ativo no mundo:

> E11.46 "... esse questionamento que a gente incentiva, estimula, vai ajudar na reabilitação, porque você está com eles ensinando, fazendo com que eles pensem, questionem, aprofundem as coisas, deixem de ser cidadãos passivos, para serem cidadãos ativos no mundo".

Para Marsiglia (1987), no modo de produção capitalista, a noção de cidadania refere-se ao acesso aos direitos civis – a liberdade individual em vários aspectos; aos direitos políticos – possibilidade de escolha e participação na vida política da sociedade; e aos direitos sociais – condições mínimas de consumo dos bens produzidos pela sociedade.

O que em outras palavras, é definido como cidadania por um dos entrevistados:

> E9.15 [cidadania plena] "... o conjunto das pessoas sabendo quais são os meus direitos e também quais são as minhas obrigações, meus deveres, poder ser participante e lutar pelo que eu acho correto e cumprir com aquilo que é a minha parte no social, mas ter essa consciência, ter essa capacidade de desenvolver essa capacidade de poder remilitar os meus direitos, as minhas questões dando em troca também as minhas colaborações".

Entretanto, para Saes (2003), essa concepção de Marshal, embora seja uma referência teórica sobre o tema da cidadania no capitalismo, trata-se de uma definição reducionista e liberal, por ser restrita à sociedade inglesa, que se baseia num processo de ampliação de direitos com a expansão do capitalismo. Em seu artigo, Saes (2003) demonstra que, na verdade, nem sempre a evolução da cidadania acompanha o desenvolvimento das forças produtivas, em muitos casos, é possível, por exemplo, que os direitos políticos, por não serem essenciais à reprodução do capitalismo, como os direitos civis, sejam negados pelos sistemas eleitorais restritivos e antidemocráticos. Na América Latina, sobretudo, no Brasil, os direitos sociais foram implantados durante a Era Vargas, período de repressão dos direitos políticos e redução dos direitos civis (Nascimento, Pinho, Taleikis, 2006).

O tema da cidadania/saúde mental é discutido por alguns autores da Reforma Psiquiátrica brasileira, como Birman (1992), Bezerra Jr. (1992), e Delgado (1992) que apontam a utilização de uma concepção liberal da cidadania em alguns discursos antimanicomiais, propondo ir além da mera afirmação dos direitos como necessidade de melhoria da assistência.

> Trata-se, portanto, de algo mais profundo do que mudanças administrativas e legais é uma nova construção

> sócio/cultural, para um "novo objeto"... Isso implica alterações mais profundas nas relações sociais em geral, muito mais amplas do que modificações nas instituições que tratam os doentes mentais (Oliveira, 2005, p.196)

Segundo Cavalcanti (1996), os doentes mentais são e estão excluídos desde sempre, eles seriam mesmo a figura prototípica da exclusão, e há muito tempo a sociedade pensa já ter resolvido o seu problema fornecendo-lhes assistência. Essa condição, entretanto, coloca-os fora do universo dos cidadãos. Isto porque, o conceito de cidadania implica na participação ampla dos indivíduos em todos os aspectos da vida social, no acesso aos bens materiais e culturais da sociedade em um determinado contexto histórico e não somente ao âmbito assistencial.

Concordamos com Saraceno (2001) ao apontar que a cidadania se apresenta como um processo de construção de direitos e não a simples restituição dos mesmos. A possibilidade de exercer trocas nos aspectos materiais, afetivos e relacionais, produtivo e habitacional é a medida da cidadania para as pessoas com a experiência do sofrimento psíquico e a meta da Reabilitação Psicossocial.

O papel das instituições que produzem serviços de saúde, não pode e não deve ser visto somente pelo viés das diretrizes políticas de saúde, e sim, por uma compreensão mais ampla, que demanda para os profissionais uma concepção teórica, técnica e social, e que tenha como enfoque institucional, a necessidade de resgatar a cidadania, sendo esta um atributo não apenas dos normais, dos iguais, mas também dos diferentes, os estranhos, que devem ter seus direitos garantidos (Rodrigues e Figueiredo, 2003).

Portanto, o horizonte estratégico será dado fundamentalmente pela cidadania, na possibilidade do exercício de seus direitos e pela produção de uma cultura de inclusão que dê oportunidade a essa população de tornarem-se sujeitos de história própria.

4.3 PROJETO TERAPÊUTICO INSTITUCIONAL

O Decreto Nº 46.860, de 25 de junho de 2002, cria e organiza o Centro de Referencia de Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD, determinando além da estrutura, os níveis hierárquicos, os órgãos dos sistemas de administração geral, as atribuições dos núcleos de programas e as finalidades dentre outros. Enfatizaremos neste estudo, as finalidades do CRATOD, a saber:

- Constituir-se em referência para a definição de políticas públicas para a promoção de saúde, prevenção e tratamento dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas;
- Desenvolver conhecimento e tecnologia voltados ao enfrentamento:
  - ✓ dos problemas causados à saúde, relacionados ao uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas;
  - ✓ de outros transtornos compulsivos, dentre os quais alimentares e sexuais;
  - ✓ de outros transtornos causados por álcool, tabaco e outras drogas no período da adolescência;
- Prestar assistência médica intensiva e não intensiva a pacientes com transtornos decorrentes de álcool, tabaco e outras drogas, nas diversas faixas etárias, incluindo o período da adolescência;
- Elaborar, promover e coordenar programas, cursos, projetos de capacitação, treinamento ou aperfeiçoamento de recursos humanos, em consonância com a especificidade do Centro de Referencia de Álcool, Tabaco e Outras Drogas;
- Contribuir para formação e desenvolvimento de recursos humanos especializados;

- Desenvolver programas especiais de educação preventiva e promover campanhas educativas e de informação à população;
- Orientar as organizações de apoio quanto aos aspectos assistenciais e psicossociais;
- Atuar de forma articulada e integrada com as demais unidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde – SUS, bem como com entidades públicas e privadas;
- Desenvolver e avaliar processos de investigação e pesquisa científica e criar mecanismos para a sua divulgação;
- Propor e executar as ações de vigilância epidemiológica;
- Estabelecer parcerias com universidades para consolidação e validação de tecnologia e com organizações nacionais e internacionais para intercâmbio de experiências;
- Proporcionar campo de treinamento e estágio adequado nos programas de prevenção e controle de álcool, tabaco e outras drogas.

Diante destas finalidades, os entrevistados apontaram os programas que foram desenvolvidos pelo serviço em algum momento, e os que efetivamente ocorrem na instituição atualmente, como o atendimento aos adolescentes com transtornos decorrentes de álcool, tabaco e outras drogas:

> E4.2 “O programa de adolescentes ele existe desde o inicio do CRATOD, então nós atendemos aqui os adolescentes que são encaminhados ou pela justiça, ou pela Fundação Casa, ou pela comunidade e que tenham uso abusivo de substâncias psicoativas”.

> E01. 10 “... tem um programa voltado pra adolescência, pro adolescente usuário de álcool e drogas”.

> E01. 29 “No caso do adolescente, a partir de 12 anos, a gente tem um programa especifico”.

O atendimento a outros transtornos compulsivos, como os alimentares, que são desenvolvidos no GESTO, segundo os discursos, é um programa que existia antes do CRATOD ser criado e que atualmente vem se adaptando:

> E4.7 “O GESTO é um grupo de estudos e tratamento da obesidade, então já existia antes de nós virarmos CRATOD e ai o programa vem se adaptando”.

O GESTO é um grupo que trabalha com regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo, que são denominados pelo entrevistado, de primeira fase, segunda fase e terceira fase:

> E2.2”... Nós temos três grupos com o GESTO, na primeira fase, na segunda fase e na terceira fase, fazemos também todas nós nutricionistas o grupo de tabaco”.

Para participar deste grupo, o obeso mórbido tem que concordar com a programação proposta pela equipe composta por médico, nutricionista e enfermeiro:

> E01. 30 “Pro programa do obeso nós temos outro programa, que trata do obeso mórbido, a pessoa tem que concordar com a programação, que envolve o médico, nutricionista, enfermeiro”.

Chama-nos a atenção, uma contradição encontrada nas entrevistas referentes ao GESTO, quando um dos profissionais entrevistados revela responder por um programa no qual ele não atua:

> E4.6 “... o GESTO eu só respondo por ele, mas na verdade não atuo nesse programa”.

No entanto, acreditamos que para poder responder por algum programa, o indivíduo deve estar envolvido neste programa, de modo que se responsabilize pelo mesmo, pois como verificamos na fala abaixo o GESTO é coordenado por outro profissional:

> E9.1 “... coordeno melhor dizendo o Gesto, o Gesto é Grupo de Estudo e Tratamento do Obeso”.

Outra finalidade a que se propõe o CRATOD é o atendimento dos transtornos compulsivos sexuais, conforme observamos no discurso abaixo. Atendimento este que já funcionou na instituição, e foi desativado devido à saída do profissional que o acompanhava:

> E4.9 "O de trabalhadores do sexo, nós já tivemos esse programa funcionando com mais freqüência aqui, mas com a saída do psicólogo responsável. Ele fazia grupo de travestis. O programa foi desativado, hoje eles estão retornando".

Considerando que o Decreto determina que seja realizado um trabalho com esta população e que a instituição possui diversos profissionais compondo as equipes de atendimento, acreditamos que um programa terapêutico e preconizado pela lei não pode e não deve ser desativado pela saída de um profissional.

Como postulam Saraceno, Asioli, Tognoni (1997) os serviços de saúde mental ao realizar os projetos de intervenção, devem levar em conta as variáveis (elementos) "extraclínicas"[24], além do uso restrito do diagnóstico. Qualquer projeto de intervenção, ainda, deve ser planejado pela equipe como um todo, conter pautas precisas, realizado por meio de uma divisão não burocrática entre todos os membros da equipe e, modificável se a evolução periódica dos resultados conseguidos demonstra que o projeto é inútil ou prejudicial ao usuário. Independente das técnicas de intervenção eleitas, todo trabalhador da equipe na sua organização deve garantir algumas atitudes básicas em relação à comunidade (atitude de participação), em relação aos membros da equipe (atitude de integração) e em relação ao paciente (atitude solidária e afetiva, psicoterapêutica, reabilitatória e farmacológica).

Nesse sentido, para que a equipe de saúde mental não seja um produtor de variáveis desfavoráveis é necessário que seja uma equipe integrada que pressupõe, dentre outros fatores, atender aos pacientes,

[24] Saraceno, Asioli e Tognoni (1997) discutem as variáveis "extraclínicas", classificando-as em: os recursos individuais do usuário do serviço, os recursos do contexto do usuário, os recursos do serviço de atenção e os recursos do contexto do serviço de atenção. Para o aprofundamento deste tema, indicamos a leitura do capítulo 2, do Manual de Saúde Mental.

manejar-se a si mesmo enquanto equipe e favorecer a formação dos trabalhadores. Considerando o exposto, acreditamos que na ausência do profissional responsável pelo grupo de travestis, outro profissional da equipe poderia assumir esta atividade.

O CRATOD define também como uma de suas funções, a capacitação de recursos humanos para atenção aos transtornos do impulso. Na fala abaixo, o entrevistado menciona, como uma de suas atividades na instituição, a coordenação do curso de capacitação:

> E4.11 "Para que nós também ministremos os cursos como é uma das funções do CRATOD, eu (...) coordeno o curso de capacitação do tratamento da dependência química porque nós atendemos a todo o estado de São Paulo, capacitando para a abordagem da questão da dependência, os funcionários dos CAPS e dos ambulatórios que tratam os usuários de substância".

> E01. 11"... esta dentro da nossa prerrogativa capacitar recursos humanos para a atenção ao usuário de drogas e as outras ações ligadas à política de saúde de álcool e drogas, esta a questão da coordenação da rede do Estado".

Consideramos que a capacitação e a supervisão dos recursos humanos em saúde mental são primordiais, pois possibilitarão afirmar uma nova abordagem da prática assistencial, tendo em vista que "prédios novos e portas abertas não garantem projetos terapêuticos que respeitem a autonomia de sujeitos portadores de transtornos mentais" (Oliveira, Alessi, 2003, p.38), nem a sua Reabilitação Psicossocial.

Percebemos também por meio do discurso, que existe uma preocupação por parte da instituição em reciclar, capacitar e aperfeiçoar os profissionais que trabalham na própria instituição:

> E4.10 "...as atividades de diretoria eu organizo e coordeno as reuniões técnicas e gerais das sextas feiras, às sextas feiras nós temos as atividades reduzidas então atendemos só os pacientes do intensivo para que a equipe possa se reunir, fazer discussões de caso, fazer os encaminhamentos devidos e nós nos reciclarmos, então trazemos profissionais de fora para dar palestras e cursos".

A capacitação e o aperfeiçoamento dos profissionais são considerados por Cruz e Ferreira (2001) fundamental, pois atualmente, a insuficiente formação dos profissionais de saúde acaba por privilegiar os aspectos biológicos ou os psicodinâmicos, deixando uma lacuna que impede a compreensão da dimensão sócio-cultural da dependência química.

O trabalho com as diversas facetas que o fenômeno social da dependência química apresenta não se limita apenas ao tratamento, mas também à prevenção, pois uma concepção integral e equânime de saúde não pretere prevenção em função de assistência, ou vice-e-versa. Uma das atribuições do CRATOD é desenvolver programas especiais de educação preventiva e promover campanhas educativas e de informação à população em geral, os depoimentos abaixo confirmam a existência de um trabalho preventivo:

> E01. 19 "Nós temos aqui atividades de prevenção".

> E3. 57 "Tem um trabalho de prevenção que é realizado fora, atividades extra de conscientização, dia mundial do tabaco, fórum, congresso que é realizado no CRATOD, mas assim especificamente de prevenção, de ir nas escolas não".

Todavia, o próprio profissional da instituição reconhece que o trabalho voltado para a prevenção poderia ser mais explorado:

> E3.56 "...outra coisa que eu acho também que poderia ser trabalhado melhor, é um setor aqui especifico de prevenção, eu acho que deveria ter, que atuasse....".

De acordo com o Ministério da Saúde (2004c), a prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de riscos específicos[25] e de vulnerabilidade[26], e também para o fortalecimento dos

[25] Os fatores de risco são características ou atributos de um indivíduo, grupo ou ambiente de convívio social, que contribuem para aumentar a probabilidade da ocorrência deste uso (Ministério da Saúde, 2004c).

[26] A vulnerabilidade é considerada maior em indivíduos que estão insatisfeitos com a sua qualidade de vida, possuem saúde deficiente, não detêm informações mínimas adequadas sobre a questão de álcool e drogas, possuem fácil acesso às substâncias e integração comunitária deficiente (Ministério da Saúde, 2004c).

fatores de proteção. Cabe ressaltar que os fatores de risco e de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida: nos próprios indivíduos, em suas famílias, em seus pares, em suas escolas e nas comunidades, e em qualquer outro nível de convivência sócio-ambiental; tais fatores não se apresentam de forma estanque, havendo entre eles considerável transversalidade, e conseqüente variabilidade de influência. Prevenção implica necessariamente a inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis, buscando atuar, dentro de suas competências para facilitar processos que levem à redução da iniciação no consumo, do aumento deste em freqüência e intensidade, e das conseqüências do uso em padrões de maior acometimento global.

Nesse sentido, parece que o trabalho de cunho preventivo necessita ser reavaliado para que se enquadre nas diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, evitando que se assista de forma passiva ao fluxo e refluxo de tal problemática.

Segundo Vaissman (2001), a avaliação em programas de saúde e seus métodos vêm tomando um grande impulso nos últimos anos, no sentido de subsidiar o planejamento de ações em saúde em geral, e na área de saúde mental em particular. Estudos com esta finalidade têm sua utilização não apenas como possibilidade de auferir resultados objetivos, mas pela necessidade dos órgãos financiadores de equilibrar a relação custo/benefício e custo/efetividade. O CRATOD também se propõe a desenvolver e avaliar processos de investigação e pesquisa científica, segundo depoimento a instituição possui parcerias com as universidades com o fim de abrir um campo de pesquisa e de estudos:

> E01. 13 "... a gente também tem parcerias com as universidades para que a gente possa estar abrindo um campo de pesquisa, de estudo e estar pensando modelos de atenção juntos com os centros de pesquisa".

No entanto, a fala dos próprios profissionais aponta para a falta de pesquisas, sobretudo, relativas à adesão ou alta dos usuários no tratamento:

> E10. 9 “aqui no CRATOD a gente não está tendo pesquisa do pessoal que consegue a alta ou que pára o tratamento”.

Acreditamos que seria de extrema valia para o CRATOD realizar pesquisas ou pelo menos um acompanhamento da população atendida pelo serviço, no que se refere à alta e à inclusão social pelo trabalho, tendo em vista que vários entrevistados afirmam existir usuários que vivem da venda de seus produtos:

> E4. 40 “...pegam encomendas, se responsabilizam pelas encomendas tem alguns que já vivem do trabalho que eles faziam aqui, tanto de pães quanto de tapetes”.

> E1. 111 “... eles aprendem a ter uma profissão, tem pacientes que aprenderam a fazer pão, então tem uma profissão, aprenderam e estão vivendo disso, têm outros que aprenderam a fazer artesanato e estão vivendo disso”.

Respeitando o objetivo deste estudo, cabe à pesquisadora se ater principalmente às atividades que são desenvolvidas para a população usuária deste serviço. Para tanto, dentre as finalidades a que o CRATOD se propõe, buscaremos analisar as que estão diretamente envolvidas com o tratamento dos transtornos decorrentes do uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas, que segundo depoimento, é um dos objetivos da instituição estudada:

> E01.4 “... tem alguns objetivos, que é primeiro prestar assistência ao portador de transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas”.

O modelo de atenção apontado pelo discurso abaixo, identifica-se com a reformulação da assistência à saúde mental baseada na implantação de serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico, por meio da Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002[27], denominado Centro de Atenção Psicossocial (CAPS):

[27] A Portaria GM nº336, acrescenta novos parâmetros aos definidos pela Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial, ampliando a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para a área de álcool e outras drogas e infância e adolescência. Cria, ainda, mecanismos de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais, para a rede CAPS.

> E01. 16 "... na área do tratamento a gente aplica as prerrogativas da Política Nacional sobre Álcool e Droga, que é a consolidação da Portaria 336, que institui os CAPS, os Centros de Atenção Psicossocial e das Políticas de Atenção ao Usuário de Álcool e Drogas que é um instrumento".

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de atendimento em saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, sendo um serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Deve ser um local de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, nos quais o uso de drogas e álcool é secundário à condição clínica de transtorno mental e cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida (Ministério da Saúde, 2004a).

Para os indivíduos, cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas se destinam os CAPSad, que devem oferecer atendimento diário a estes usuários, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada e de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, reduzindo o estigma associado ao consumo e ao tratamento. Portanto, a rede proposta, se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária como internação domiciliar e inserção comunitária de serviços, de acordo com as necessidades desta população (Ministério da Saúde, 2004a).

O Ministério da Saúde (2004a) coloca que para ser atendido em um CAPSad, pode-se procurar diretamente o serviço ou ser encaminhado pelo Programa de Saúde da Família (PSF) ou por qualquer serviço de saúde. A fala abaixo indica que o CRATOD, além de receber usuários com encaminhamento de outras unidades de saúde, também trabalha com a porta aberta, permitindo o acesso às pessoas que buscam o serviço sem encaminhamento:

> E4. 43 “A idéia dos CAPS é que a UBS seja a porta de entrada, mas isso não funciona. Esperar que o meu usuário se inscreva numa UBS para passar daí três meses com o profissional clínico que vão avaliá-lo e encaminhar pro CAPS. Eu estou fechando a porta para ele, então nós temos a porta aberta sim, só que nós não temos condições de atender toda a demanda”.

> E4.45 “...se vem com encaminhamento de outra unidade de saúde, ele também é inserido no tratamento, ai nós também temos a porta de entrada aberta”.

No entanto, o entrevistado reconhece que a demanda de atendimento para a problemática do uso prejudicial de substâncias psicoativas é muito grande, o que faz com que a instituição encontre formas de lidar com esta dificuldade limitando o número de novos atendimentos que acontecem três vezes por semana, sendo seis pacientes novos por dia:

> E4. 44 “...é impossível atender toda essa demanda, então nós temos que é..... fechar um pouco isso, então nós atendemos seis pacientes novos por dia. Às terças, quartas e quintas, então são doze, quatorze novos por semana”.

> E10.19 “...terça, quarta ou quinta feira, a gente atende os seis primeiros que chegarem”.

Outro entrevistado relata que a inserção no tratamento pode ocorrer voluntariamente, conhecida por procura espontânea, além dos encaminhamentos:

> E10.4 “Alguns pacientes procuram voluntariamente o tratamento, outros são encaminhados por instituições como os albergues e outros são encaminhados, orientados por outras pessoas que já passaram por aqui e eles são acolhidos...”

Em oposição ao relato acima, encontramos os depoimentos seguintes:

> E4.5 “... da comunidade também que é a busca da família, busca espontânea que geralmente não existe”.

> E7.66 “...às vezes é a própria família que ouviu falar, existem algumas divulgações inclusive em televisão, na mídia enfim que divulgam e o pessoal termina sabendo e indica para um parente, um amigo porque ouviu falar tal,

> mas espontaneamente o paciente vir aqui, eu sou sincero nunca vi".

A baixa taxa de procura espontânea por tratamento para uso abusivo de álcool e outras drogas, encontra ressonância na literatura, quando Bucher (1992) afirma que raramente o contato inicial do dependente químico, baseia-se na voluntariedade, não expressando a busca livre e relativamente confiante de uma ajuda, representando mais uma relação de força imposta ao individuo que é levado para a consulta, quer pela família, quer pelo cônjuge ou ainda por uma exigência trabalhista.

Na seqüência, percebemos que praticamente todos os profissionais envolvidos neste estudo, relataram o acolhimento como parte do processo de inserção dos usuários no serviço. Conforme relatos abaixo:

> E5. 20 "... o acolhimento (...) vai receber a pessoa que está vindo aqui pela primeira vez".

> E8. 16 "... o grupo de acolhimento que é receber o paciente no primeiro momento quando ele vem pro serviço. Então ai a gente junto com a equipe vai acolher esse paciente".

O acolhimento é considerado fundamental quando o indivíduo se dirige a um serviço CAPS para ser atendido. De acordo com o Ministério da Saúde (2004a), no momento de recepção do usuário na instituição, este deverá ser acolhido e escutado em seu sofrimento. O objetivo deste primeiro contato é compreender a situação do indivíduo da forma mais ampla possível, iniciando um vinculo terapêutico e de confiança com os profissionais que estabeleceram este primeiro contato.

No caso dos usuários de substâncias psicoativas, segundo o Ministério da Saúde (2004c), esse momento, geralmente, é caracterizado pela ambivalência, pela flutuação motivacional e pelo imediatismo, requerendo que tal acolhimento, enquanto estratégia facilitadora de abordagem, motivação e aderência ao cuidado, esteja disponível no momento da procura de qualquer serviço de saúde, seja ele especializado ou não.

Alguns depoimentos referentes a este tema mostraram que para os profissionais, o acolhimento se refere à explicação do funcionamento e das regras da instituição:

> E8.18 "... a gente acolhe, a gente recebe o paciente para o tratamento, então a gente vai descrever para o paciente como é o tratamento aqui, quais são as normas, quais são as regras (...) como é feita essa divisão do tratamento, quais são as atividades que ele vai encontrar aqui, a gente explica também a questão dos benefícios, que é uma coisa que eles buscam muito".

> E2.34 "... eles se escrevem e passam por um acolhimento. Neste acolhimento é uma equipe que acolhe, esta equipe vai dizer como que é a casa,como que é o tratamento".

Ou ainda, à definição da modalidade de tratamento terapêutico em que o sujeito iniciará o seu acompanhamento:

> E8.23 "...no acolhimento determina-se em qual modalidade aquele paciente vai começar o tratamento, porque tem paciente que já veio encaminhado de outro serviço, aquele que veio de uma clinica de recuperação e às vezes ficou um ano, ou de uma internação, então aqui não necessariamente ele precisa entrar na primeira modalidade que é o intensivo, ele pode até entrar pro semi, que é uma coisa rara, mas acontece".

Conforme pontua Zauhy e Mariotti (2002) nos aparatos de saúde, normalmente o profissional está mais interessado com a organização do serviço, do que com as demanda trazidas pelo indivíduo, não percebendo que o usuário é outro diferente, com necessidades e capacidades próprias. Destarte, os profissionais tendem a privilegiar sua função, sua obrigação, e o cumprimento das regras no momento da recepção. Com base nos discursos, avaliamos esta semelhança no CRATOD, pois o sujeito recebe informações acerca do funcionamento, sendo encaminhado para uma das modalidades de tratamento pré-definidas pelo serviço.

Podemos observar ainda neste outro trecho do relato do mesmo entrevistado, que o acolhimento está relacionado à verificação da parte clínica do indivíduo como "carro chefe", o que demonstra que o modelo

clínico e o paradigma psiquiátrico ainda prevalecem como modo de atenção do serviço:

> E8. 24 [Acolhimento] “A maioria vem pro intensivo, a gente discute também se ele esta numa condição boa, como é que esta a saúde dele, se ele está com a pressão equilibrada ou não, clinicamente falando, a gente vai ver como é que ele esta na parte especifica de álcool e drogas”.

> E8.29 [Acolhimento] “Vamos marcar as consultas médicas, que são as clínicas, ele no mesmo dia já vai passar por uma avaliação psiquiátrica”.

Zauhy e Mariotti (2002) afirmam que a saúde, a cura e a prevenção dependem de fatores que não estarão em nossas mãos, porém o acolhimento e o cuidado para com o outro – estes sim, sempre possíveis – mesmo que não possam curar a patologia, poderão antes de tudo “curar” a desumanidade, a rejeição, o preconceito e a indiferença, características das relações atuais. A relação entre os cidadãos trabalhadores de saúde e os cidadãos que buscam atendimento não é uma interação mecânica entre “usuários” (utilizadores) e “agentes” (utilizados), mas é um relacionamento de troca, participação, co-produção, em que os cidadãos que buscam atendimento são parte integrante das ações de saúde.

Outro aspecto depreendido nas falas se refere ao fato da equipe explicitar no acolhimento do sujeito, como o CRATOD pode auxiliá-lo e inseri-lo em todas as atividades propostas na modalidade de tratamento intensiva:

> E3. 46 [Acolhimento] “... é falado basicamente no que o CRATOD pode ajudar, ele é inserido em todas as atividades do CRATOD, então todas as oficinas ele basicamente passa inicialmente, por isso o nome intensivo, então ele tem que vir todos os dias, passa por uma avaliação psiquiátrica, passa por uma avaliação clínica, e.... aí no decorrer da semana ele vai conhecendo o grupo dele durante as oficinas, cada uma tem as suas peculiaridades.

É importante ressaltar que o Acolhimento não se reduz apenas a atender bem ou a um eficiente serviço de recepção, ainda que isso faça parte dele. Acolher significa, entre outras coisas, dar crédito a, dar ouvidos a,

tomar em consideração. Ao tomarmos o sistema de saúde como pano de fundo o Acolhimento pode significar a facilitação do acesso da população aos serviços de saúde e também o oferecimento de assistência adequada (Zauhy e Mariotti 2002). Com o relato abaixo, fica claro que o acolhimento está permeado por regras institucionais como a região de abrangência, ou ainda com obstáculos como o tempo disponível do indivíduo, sem levar em consideração a necessidade do mesmo, pois somente se o sujeito se "enquadrar" aos critérios do serviço, poderá ter acesso ao tratamento do CRATOD:

> E6.21 "... para ele entrar ele vem e participa do acolhimento que são três vezes por semana. Existem três dias da semana, com uma equipe multi profissional aonde a gente vai ver o perfil desse paciente, a região porque o nosso tratamento é regionalizado, explicar o tratamento, ver se ele esta com tempo disponível, se ele não trabalha, qual é a dinâmica de vida dele para ver se ele se enquadra, e dali pra frente ele tem um tratamento que a gente faz um programinha dependendo do perfil do paciente e ele começa a participar dessas atividades".

Entendemos que o acolhimento, neste caso, fica caracterizado como uma etapa do acesso ao serviço que dependerá não apenas dos critérios estabelecidos pela instituição, como também pela avaliação dos técnicos que recebem o usuário. Esta forma de inserção assemelha-se mais a uma triagem, que tem por objetivo pesquisar alguns dados do usuário para decidir se o problema de saúde que ele apresenta se encaixa no "cardápio" de ações oferecidas pelo serviço (Merhy, 2006).

Não estamos desvalorizando as regras institucionais, mas demonstrando que estas assumem um papel relevante em detrimento ao sujeito e à relação que este tem com os profissionais e até mesmo com a instituição.

Segundo Zauhy e Mariotti (2002) a palavra chave do acolhimento é relação, se sabemos tudo sobre uma doença, uma técnica, um tratamento, podemos dizer que somos especialistas, mas somente quando compreendemos e vivemos as relações entre as pessoas, as coisas e os fenômenos é que somos realmente acolhedores. Por outro lado, uma

parcela dos entrevistados parece perceber que para o acolhimento ser efetivo, é necessário que se tenha o "cuidado" para que o sujeito sinta confiança nos profissionais que atuam no serviço:

> E5.35 [inserção] "Vem com o acolhimento, vem com todo o cuidado que a gente tem, para com que ele se sinta realmente acolhido, para com que ele sinta que tem um espaço que ele pode confiar".

Entretanto, muitos profissionais apresentam dificuldade de entender o acolhimento, a relação, porque estão condicionados a pensar em termos de escolhas polarizadas, ou seja, em função da divisão e do não acolhimento, não compreendendo a extensão e a profundidade da idéia de relação, junção, participação. O sentir é o de quem não aprendeu a pôr-se no lugar do outro – é um sentir não acolhedor. O que provavelmente está refletido na frase abaixo, em que novamente o acolhimento não passa de uma descrição ou de um procedimento para sanar dúvidas:

> E3.45 "...nós temos três grupos de acolhidos, que é terça, quarta e quinta, esse grupo ele vem e recebe um atendimento de uma equipe, a equipe descreve como é que é o atendimento aqui, como que é o tratamento e tira as dúvidas deles, porque eles vem muito de outras unidades, de internações".

Para Zauhy e Mariotti (2002) acolher também significa ao menos atenuar a exclusão social. Acolher é garantir acesso. Acesso à comida, à terra, ao crédito e outros insumos, acesso à moradia digna, ao trabalho, à saúde, à educação e cultura, acesso à informação e ao conhecimento, à reflexão crítica da realidade, de quem somos e de que mundo é este em que vivemos. O relato abaixo, nos traz uma aparente semelhança no que se refere a diminuir o estigma que leva à exclusão do sujeito:

> E8. 59 "... o processo de entrada do paciente é o grupo de acolhimento, a gente vai acolher bem, receber bem pro paciente se sentir a vontade e tirar aquele estigma de que eu sou rejeitado, que eu sou o nóia, o paciente chega com esse discurso. Então a gente vai desmistificar toda essa questão".

Neste sentido, acolher é encontrar outra forma de lidar com as diferenças. O contato com o diferente é a possibilidade de aprender algo novo, é a possibilidade real de expandir o mundo de cada um dos envolvidos neste processo, demonstrando que mais que respeitar o diferente, o primordial é valorizar o sujeito para que este se sinta acolhido e "fique" na instituição para efetivar o tratamento que veio buscar. Na fala seguinte, o entrevistado afirma que quando o sujeito é bem aceito, este retorna para a instituição:

> E8.60 [Acolhimento] "Receber bem, aceitar bem, à medida que ele é bem aceito, ele volta, entendeu? Ele volta e a gente monitora para evitar quebras no tratamento dele".

Segundo Merhy (2006) a lógica acolhedora e assistencial é aquele espaço intercessor trabalhador/usuário que se abre para um processo de escuta dos problemas, para uma troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisões que pode possibilitar intervenções pertinentes e/ou eficazes em torno das necessidades dos usuários. Conforme relato abaixo, identificamos que o profissional compreende que se o acolhimento for bem feito, respeitando-se o espaço intercessor trabalhador/usuário de trocas, a probabilidade de o sujeito permanecer no tratamento torna-se elevada:

> E11. 49 "... se a gente consegue fazer bem feitinho o acolhimento, explicar direitinho, a chance de eles virem é bem grande, às vezes a gente não tem assim muito tempo pra explicar bem. Quando isso acontece, eu percebo que existe uma desmotivação por parte do paciente também. Eu acho que tem que ter uma equipe formal; acho que tem que ter o cuidado para que aconteça a inserção no tratamento".

Portanto, é inegável a importância do Acolhimento como instrumento fundamental em qualquer ação que esteja direcionada aos usuários dependentes de álcool e outras drogas, devido à especificidade da situação e à visão negativa e preconceituosa da sociedade, inclusive de alguns profissionais para com esta população. Acolhê-los nos serviços de saúde significa, antes de tudo, admitir uma maneira diferente de viver, o que pode não ser fácil. Portanto, a atitude dos profissionais pode ser a porta de

entrada ou de saída dos serviços de saúde, dependendo da concepção, incluindo-se os valores éticos e morais, deste diante do uso/abuso de drogas e álcool.

Após o acolhimento do usuário na instituição e a definição, pela equipe que o acolheu, da modalidade de tratamento na qual o indivíduo será inserido, este passará a fazer parte do grupo de acolhidos:

> E8.11 "... grupo de acolhidos, que são os pacientes que passaram a semana anterior, ou em semanas anteriores ao atendimento, primeiro atendimento que é o acolhimento (...) então, esse paciente vem para que a gente acompanhe o tratamento".

O grupo de acolhidos para um dos profissionais tem por função servir como um grupo de referência para o usuário, que acompanhará semanalmente o seu tratamento:

> E3. 48 "... ele tem um grupo de acolhidos, um grupo de referência, onde ele é avaliado toda semana até passar para o semi. Quando ele passa para o semi, ele continua no grupo de acolhidos, mas ai diminui um pouquinho as atividades dele".

Segundo Furtado (2001) a figura da "referência" deve garantir o acompanhamento individualizado e um grau de atenção adequada a cada usuário. Em outras palavras:

> O que caracteriza o papel de referência é o fato de um profissional tomar para si o encargo de planejar, acompanhar e avaliar o conjunto de ações terapêuticas que deverão potencializar o processo de Reabilitação Psicossocial daquele paciente (pg. 45).

Neste sentido, o grupo de acolhidos além de realizar algumas orientações e adequações consideradas pertinentes pela equipe que compõe este grupo, segundo entrevistado, acompanha o usuário investigando os vários aspectos da sua vida e avaliando se o usuário tem condições para passar de uma fase de tratamento para a outra:

> E8.14 [Passagem do intensivo para o semi intensivo] "... algumas orientações devidas, adequações do tratamento como medicação, as atividades que ele não se deu, investigamos como é que esta a vida dele lá fora. Se ele já esta ingressando em trabalho, se ele não esta, como é que esta a família, a gente faz um apanhado geral do todo do

> paciente, do paciente como um todo. Esse é uma atividade que nos chamamos de grupo de acolhidos".

Nesta perspectiva, a assistência aos usuários de álcool e/ou outras drogas no CRATOD deve consistir em intensificar não só o olhar clínico, nos quais também estão incluídos os cuidados de vida diária, higiene, alimentação e moradia, uma vez que parte desta clientela se constitui, basicamente, por moradores de rua, como também deve estimular e incrementar maior autonomia em relação a outros aspectos de sua vida, buscando identificar os fatores de risco e de proteção às recaídas, e avaliando a sua vulnerabilidade.

Com relação à permanência dos usuários no serviço, a possibilidade dos usuários participarem ativamente nas decisões e planejamento do seu tratamento, em uma relação de negociação e de aliança terapêutica, aumentará a qualidade de sua adesão (Zago, Ramos, Oki, 2001). Nos relatos abaixo, percebemos que o grupo de acolhidos estimula a participação dos usuários no que se refere à avaliação do seu tratamento:

> E8. 33 [grupo de acolhidos] "Até que o paciente vá para a segunda fase, nós vamos acompanhando, então quais são as dificuldades que ele apresenta (...) Porque ele teve uma recaída, o que aconteceu na vida dele. A gente junto com eles vai avaliando isso".

> E5. 39 "... o paciente vai ficando nesse grupo dos acolhidos e a gente procura fazer um trabalho de manutenção, de permanência dele, para ver se ele adere, e a gente tem tido uma resposta positiva nesse grupo de quarta".

> E8.54 "... a permanência dele é através desse monitoramento que a gente faz com o grupo que eu chamei de acolhidos".

Para Azevedo et. al. (2001), o paradigma do cuidado, que também tem a sua importância, tem de ser aprimorado para o paradigma do respeito ao direito dos usuários, lembrando que o direito ao cuidado é mais um entre tantos direitos. Para tanto, o protagonismo de profissionais e usuários deve ser estimulado e a aprendizagem da complementariedade deve ser entendida como um dos componentes importantes para o êxito da

construção de um modelo que respeite os direitos dos sujeitos usuários de álcool e/ou drogas.

Neste sentido, cabe lembrar que quando falamos do respeito aos direitos dos usuários, estamos nos reportando ao tema da cidadania, uma das finalidades da Reabilitação Psicossocial, que não pode ser entendida como simples restituição de direitos, mas como reconhecimento do usuário como sujeito de razão e de vontade, respeitando suas diferenças e promovendo a sua participação em contextos de vida real.

4.3.1 Adesão ao tratamento

No tratamento para os usuários de álcool e outras drogas a qualidade da adesão é atualmente um dos maiores determinantes das ações terapêuticas e também um dos maiores desafios para a sua manutenção. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS a adesão é[28]:

> O quanto o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com o profissional da saúde ao tomar remédios, seguir uma dieta e/ou executar mudanças no estilo de vida.

Este conceito, proposto pela OMS, associa em sua definição o princípio da autonomia do sujeito tendo como premissa a concordância do usuário com as recomendações preconizadas, o que implica no desempenho de um papel pró-ativo nos cuidados com a própria saúde.

Ainda, vista por outro ângulo a adesão é o resultado do comportamento adotado pelo paciente, portanto, a conduta do sujeito pode fazer com que o tratamento triunfe ou fracasse. Isto confere um caráter dinâmico e processual à adesão e traduz a sua vulnerabilidade, na medida em que as atitudes do paciente são constantemente influenciadas por diversos fatores. Por conseguinte, a adesão pode variar em um mesmo

[28] Disponível em: http://www.who.int/chronic_cinditions/en/adherence_report.pdf. Acesso em 22/11/08.

indivíduo ao longo do tempo, dependendo das modificações no seu contexto de vida, assim como também pode variar de indivíduo para indivíduo (Caraciolo, 2007). O reconhecimento desta perspectiva pode ser verificado na fala do entrevistado:

> E6. 24 "... ele faz o tratamento que em média dura assim é, formalmente duraria de um ano a um ano e meio, mas não é certo depende muito do perfil do paciente".

Percebemos no depoimento seguinte que a permanência do indivíduo no tratamento, o que pode ser chamado de adesão, é entendida como algo relacionado tanto ao profissional que assiste o sujeito, como ao próprio sujeito. Corroborando com Caraciolo (2007) ao apontar que a adesão ao tratamento é compreendida como o resultado do processo de decisão compartilhada entre o sujeito e os profissionais que o assistem. É fruto do estabelecimento de uma aliança terapêutica permanente, na qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um neste processo, assim como a de todas as pessoas que estão envolvidas no tratamento.

> E11. 53 [Permanência] "Então eu acho que tem muito a ver com a gente, quando a gente consegue passar todo nosso trabalho. E tem haver também com eles, no sentido assim, qual o grau de motivação que eles estão tendo".

Para Bucher (1992) a motivação do usuário de álcool/drogas é a questão mais importante para o início e a permanência do mesmo no tratamento, pois não se consegue praticar intervenções terapêuticas com usuários de álcool/drogas quando estes não a desejam. Este desejo representa uma premissa básica, sem a qual, a implementação de qualquer tratamento se torna extremamente difícil. A percepção de que a permanência, ou seja, a adesão ao tratamento de recuperação do dependente químico é difícil, aparece no depoimento seguinte:

> E4. 46 "A permanência ou qualquer tratamento da dependência química é difícil".

Sendo afirmado por Cruz (2001) quando postula que todo profissional que possui alguma experiência no tratamento do usuário de álcool e outras

drogas conhece as dificuldades que estes enfrentam para procurar e permanecer em um tratamento.

Entretanto, para outro profissional a adesão ao tratamento é compreendida como a participação dos usuários às atividades propostas, neste sentido, a adesão é avaliada como positiva:

> E6. 34 "... eles aderem muito bem às atividades, eles gostam das oficinas, eles procuram comparecer, não é um número muito grande de pacientes que não vem nas atividades, existem...".

Ressaltamos que a adesão não pode ser restringida à participação dos usuários nas atividades, visto que há diversas variáveis que influenciam positivamente ou negativamente a adesão, o que demonstra uma limitação do entendimento do conceito de adesão.

Para Vespucci (1999) a recuperação do usuário de álcool e/ou drogas deve, obrigatoriamente, passar por quatro instâncias: física, mental, emocional e social. Todas estão articuladas entre si, sendo as três primeiras mais evidenciadas por parte dos profissionais, devido à objetividade médica ou terapêutica. Portanto, do ponto de vista social, o sujeito usuário de substâncias psicoativas tem de superar um potente inimigo: o preconceito que estigmatiza a doença.

> Trata-se de uma luta de duas frentes: a externa, na relação com os outros, mas também, e principalmente a interna, ou seja, o doente diante de si mesmo. Ao mesmo tempo em que enfrenta a condenação social e familiar, o dependente químico precisa livrar-se do preconceito com que ele mesmo se enxerga, com que se estima (Vespucci, 1999, p. 69).

Visto que a primeira exclusão e violência sofrida pelo usuário de álcool e outras drogas já ocorreu por parte da sua família, dos vínculos sociais do mesmo e da própria sociedade que não o aceita. O entrevistado reconhece a importância do contexto social, quando este coloca que o trabalho para esta população tem que considerar a sociedade na qual ele esta inserido:

> E8.56 “A aderência total ao tratamento é muito difícil por vários fatores mesmo. Excludente, a sociedade não aceita, a família rejeita, então é um trabalho que tem que ser feito num contexto muito maior do que só o paciente aqui”.

Diante desse quadro, a Reabilitação Psicossocial requer programas verdadeiramente individualizados de tratamento, nos serviços comunitários de saúde mental. Para tanto, há a necessidade permanente de interlocução com a comunidade, por meio de subsídios de intercâmbios que apóiem, primeiramente, a desmistificação da doença mental. Para isso, o lócus por excelência deve se constituir de serviços geograficamente próximos à residência do usuário que levem em consideração a sua realidade cultural e social (Hirdes, 2001).

Um dos entrevistados afirma que a adesão ao tratamento por parte da população em situação de rua é alta, pois esta é vista pelo usuário como uma oportunidade:

> E4.48 “A gente pensa: ah, porque ele é morador de rua, ele vai aderir menos, muito pelo contrário, ele adere sim, porque ele agarra essa oportunidade, então às vezes a gente tem dificuldade de dar alta para o paciente, tanto que ele quer ficar na instituição e a gente tem que trabalhar isso, porque senão a gente acaba virando um CAPSpicio”.

Contrariamente, Caraciolo (2007) aponta que os moradores de rua[29], constituem um grupo muito heterogêneo, tendo em comum a extrema pobreza, a falta de moradias e o isolamento social. Enfatiza ainda, que em geral estes sujeitos possuem dificuldades para estabelecer vínculo com o serviço e com os profissionais, comparecendo à instituição apenas para resolver problemas pontuais. Por se tratar de uma população extremamente carente, suas necessidades básicas acabam por prejudicar sua participação no processo de adesão.

A aceitação, a motivação e a perseverança de cada sujeito influenciam no seu processo de adesão ao tratamento; assim como a

[29] Entende-se por moradores de rua, aqueles que vivem nas ruas, albergues, sujeitos que não portam documentos, não tem ocupação definida, que na sua maioria são analfabetos, não tem acesso à saúde, se alimentam de restos, comem lixo, recebem doações e encontram-se em uma situação de ruptura de vínculos com a sociedade (Filho Nery A; Messeder ML, 2004).

credibilidade na própria capacidade para aderir, o conhecimento sobre a doença e a sua participação na definição do esquema terapêutico são fatores importantes que colaboram para a qualidade da adesão (Caraciolo, 2007). Observamos que na prática os profissionais compreendem que quando o usuário vem por motivos alheios à sua vontade, a adesão torna-se comprometida:

> E11.51 "... quando eles conseguem vir independente das condições, a gente consegue um sucesso maior, a gente perde paciente, quando às vezes eles vem por exemplo porque alguém pediu para que eles viessem".

Segundo Caraciolo (2007), a adesão ao tratamento deve ser entendida como um processo dinâmico no qual pacientes e profissionais compartilham responsabilidades. Para os profissionais da saúde, muitas vezes a adesão ao tratamento significa que depois de um determinado tempo participando das atividades propostas, o sujeito ficará abstinente, enquanto para os pacientes está implícito não apenas a transformação de suas rotinas, mas em alguns casos, a modificação de comportamentos e atitudes perante si mesmo e na sua relação com o álcool e drogas, ainda com o meio em que vive.

Em última instância, Ribeiro et. al. (2008), ao avaliar os fatores associados à adesão a um programa de tratamento de alcoolistas, enfatiza que "o conhecimento das características dos pacientes que interfiram em sua adesão aos programas terapêuticos contribui para a adequação deles às necessidades específicas, melhorando a eficácia do tratamento" (p. 204).

Diante do exposto, torna-se imperativa a necessidade de singularização dos sujeitos em tratamento, bem como a realização de projetos terapêuticos individuais que respeitem as necessidades de cada um, possibilitando a sua Reabilitação Psicossocial.

Destarte, os serviços substitutivos ao modelo hegemônico tradicional, que anteriormente centrava suas ações nos sinais e sintomas, na classificação dos diferentes quadros nosográficos, em suma, na medicalização da dependência química, devem ter outro foco, que

contempla falar de saúde, de projetos terapêuticos, de cidadania, reabilitação e reinserção social, sobretudo, dos projetos de vida dos sujeitos que se utilizam dos serviços.

De acordo com o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM nº336, de 19 de fevereiro de 2002, os CAPSad, devem prestar assistência aos pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Os profissionais entrevistados demonstram clareza, no que se refere aos regimes de tratamento existentes na instituição:

> E6.22 "... ele passa pelo intensivo, depois para o semi intensivo e depois para o não intensivo e vai seguindo conforme o que ele também vai dando de feedback pra equipe".

> E7.37 "... existe um regime no CRATOD, eu divido isso em três partes: intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, isso até o fim".

Define-se como atendimento em regime intensivo, aquele destinado ao paciente que se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua e, portanto, de acompanhamento diário (Ministério da Saúde, 2004a). Os depoimentos abaixo comprovam que na prática dos profissionais, o tratamento intensivo é destinado para aquele paciente que vem à instituição durante toda a semana, que é considerado mais grave e que precisa de cuidados diários:

> E3.13 "...o grupo de intensivo são os pacientes que estão vindo para cá a semana toda (...) e também tem algumas atividades planejadas".

> E6.25 "O intensivo, a maioria quando entra fica nessa fase, ele exige do paciente uma vinda aqui diariamente, se a gente vê que é um paciente um pouco mais grave e precisa de cuidados ele fica o dia todo, senão ele escolhe o período da manhã ou da tarde, ele passa por muitas atividades, ele vai ter o tempo totalmente preenchido aqui dentro, é ai que a gente vai trabalhar com ele que não é o momento do trabalho, não é o momento de ganhar dinheiro, é o momento de cuidar dessa vulnerabilidade que ele tá".

No entanto, acreditamos que os profissionais e a própria instituição precisam refletir acerca do usuário ter o seu tempo totalmente preenchido no CRATOD, conforme depoimento, pois muitas vezes este tempo pode ser preenchido com atividades que levam apenas ao entretenimento do sujeito, uma das principais características da psiquiatria, como já foi abordado anteriormente, e que podem ainda, ser utilizado como terapêutica nos serviços substitutivos.

Podemos constatar, por meio do relato abaixo, que pode ocorrer do paciente chegar ao acolhimento intoxicado, o que o impossibilita de participar de algumas atividades rotineiras como a entrevista individual, pois nestes casos é priorizada a desintoxicação do mesmo, que faz parte das atividades a serem desenvolvidas pelos CAPSad:

> E8.25 "... se ele esta muito intoxicado naquele momento e a gente percebe isso, ele vai direto para um outro atendimento o da observação (...) um trabalho que ele vai ficar no leito. Vai ser desintoxicado, vai receber uma atenção direta se preciso for ele fica até o final do dia, depois ele volta no outro dia para as atividades normais, é agendado tudo, a única coisa que ele não faz naquele dia e que os outros fariam depois desse momento é a entrevista específica. Aliás, individual que a gente faz. Aí é melhor para conversar, você vai fazer uma anamnese com eles".

Segundo Figlie et. al. (2001), o processo de desintoxicação ambulatorial é uma proposta de tratamento para controlar de forma segura os sintomas físicos e psicológicos da síndrome de abstinência do álcool ou de outras substâncias.

Para este autor, o processo de desintoxicação é composto por duas fases: a inicial que visa eliminar a substância do organismo do sujeito, e a posterior que visa à recuperação do equilíbrio das funções vitais (padrão de sono, repouso, pressão arterial, etc.). "Trata-se de uma eliminação sistemática da substância tóxica, bem como seus efeitos, com monitoração cuidadosa, devido aos resultados que muitas vezes podem ser negativos quando a pessoa apresenta sintomas de abstinência" (Figlie et. al., 2001, p. 5).

Os leitos de desintoxicação localizam-se no setor de observação, no qual os pacientes recebem cuidados médicos e de enfermagem mais intensivos, devido aos sintomas que apresentam em decorrência do uso abusivo de álcool e/ou drogas. Conforme o discurso, percebemos que este momento é considerado pelos profissionais um dos mais rápidos e mais fáceis, pois é priorizado o aspecto médico, biológico, medicamentoso:

> E9.17 "...vamos falar de álcool e droga, num primeiro momento, no momento zero, se o cidadão chega aqui muito baleado, você tem que priorizar o aspecto médico, tratar das conseqüências, da intoxicação, desintoxicar e tal, mas isso é um momento muito rápido e talvez o mais fácil".

O momento da desintoxicação, inclusive na literatura, é considerado relativamente fácil, mas não resolve o problema da dependência química, pois o verdadeiro trabalho com o usuário de álcool e outras drogas começa após a desintoxicação, quando se trata de motivá-lo para continuar um tratamento, ou melhor, para iniciar um processo psicoterápico que trabalhe a fundo a sua problemática não apenas de consumo de álcool/drogas, mas de posicionamento existencial, ressaltando que esta motivação, tem que desenvolver-se no próprio sujeito para que o primeiro passo da desintoxicação não seja em vão (Bucher,1992).

Nesta perspectiva, concordamos com Bucher (1992) ao afirmar que o indivíduo se envolve com a droga a partir de uma problemática pessoal, mas dentro de um contexto social que facilita o contato com o produto, portanto sem considerar os fatores implicados no consumo, toda abordagem do fenômeno do uso de drogas, será sempre unilateral, engendrando respostas unilaterais e insuficientes.

Por outro lado, apesar de na desintoxicação ser priorizado o aspecto biológico do paciente, percebemos neste outro relato que é possível, mesmo no setor de observação, realizar intervenções individuais que buscam reconhecer o indivíduo em sua singularidade:

> E11.25 "O meu trabalho no setor de observação é assim, como eu tenho mais esse olhar da enfermagem psiquiátrica eu sempre tento fazer intervenções individuais, porque as outras enfermeiras tem um olhar mais voltado para o aspecto hospitalocêntrico".

> E5.9 “Para o pessoal do intensivo que é o inicio, eles estão em uma condição mais debilitada, então eu procuro fazer um trabalho atualmente, de pontuar alguns pontos pequenos, é pontuando então uma necessidade deles terem atenção, buscar um certo raciocínio, buscar uma certa lógica”.

O atendimento semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, mas que não precisam estar diariamente no CAPS, pois se percebe que o sofrimento e a desestruturação psíquica do indivíduo diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, entretanto, este ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia (Ministério da Saúde, 2004a). Para os profissionais, sujeitos deste estudo, o usuário do serviço geralmente inicia o seu tratamento no atendimento intensivo e para que este passe de uma modalidade de tratamento para a outra, a sua opinião é levada em consideração pela equipe:

> E8.13 “... ele pode ser transferido de uma atividade para outra, quer dizer, de uma modalidade de tratamento para outra, a gente faz então a passagem com a participação da opinião do paciente para um segundo momento que é o semi intensivo, então ele entra no intensivo e a gente faz esta passagem”.

Figlie (2001) pontua que a transferência de uma modalidade de tratamento para a outra, ou seja, a passagem do intensivo para o semi-intensivo no caso do CRATOD, funciona como um fator motivador à medida que o sujeito obtém retorno e reconhecimento por parte da equipe que o acompanha. Possibilitando também, o questionamento dos usuários que não se encontram em condições de transferência.

> E8.31“... a dinâmica é diferente pra cada paciente, cada paciente tem a sua dinâmica interna, tem uns que vão evoluir mais rapidamente para a contenção do uso, ou até diminuir, e tem outros que vão demorar mais, então vão ter mais recaídas. Não vão se sentir emocionalmente prontos para dizer: eu já posso ir para o segundo momento, estou melhor”.

Ainda, o depoimento seguinte ilustra a dinâmica do tratamento semi-intensivo, em que o usuário comparece à instituição para realizar algumas

atividades, dentre elas a psicoterapia realizada por psicólogos ou por um psicanalista que supostamente trabalhará seus conflitos internos, tendo tempo disponível para refletir e buscar o que lhe interessa neste momento de sua vida:

> E6.27 "... no semi ele já vem para a psicoterapia, começa a trabalhar um pouco a questão. Com a psicóloga ou em grupo, ou individual e vem em mais uma ou duas atividades, então ele já vai ter dias livres para cuidar das coisas dele, ele vai começar a ter uma visão do mundo lá fora".

> E5.5 "os grupos de psicoterapia já são grupos para acolherem as pessoas do semi intensivo e são assim focados dentro do desenvolvimento do indivíduo como ele já esta em condições de entrar em contato com as questões que ele vai, ao uso da substância, quem faz são os psicólogos, cada um tem a sua forma de conduzir e temos um psicanalista que também faz".

O atendimento psicológico, segundo depoimentos, só é disponibilizado aos usuários quando estes ingressam no regime de tratamento semi-intensivo, sendo que a condição básica para que ocorra a passagem de uma modalidade de tratamento para a outra é a diminuição do uso da substância:

> E10.5 "quando eles começam a diminuir o uso da substância eles progridem para o nível semi intensivo de tratamento e diminuem também a intensidade das vezes que eles precisariam vir aqui, e ai começa um atendimento psicológico".

A fala acima encontra ressonância na literatura, quando autores como Bucher (1992) afirmam que a psicoterapia, muitas vezes, com o seu imobilismo e a sua sucessão regular não convém no inicio do tratamento, pois entraria em choque radical com a necessidade do usuário, em geral ainda predominante, de se deslocar, de ter liberdade e da ambigüidade que se faz presente nestes casos. No entanto, para os profissionais do CRATOD, o que se leva em conta para o início do processo psicoterápico é exclusivamente a diminuição do uso da substância que aparece diretamente ligada à capacidade dos usuários realizarem algum tipo de associação no processo terapêutico:

> E10.7 “a gente percebeu na prática, que se a gente colocar o atendimento psicológico nessa fase [intensivo], a gente não vai estar rendendo nada com ele, então ele precisa diminuir pelo menos o uso, para poder entender alguma coisa, fazer algum tipo de associação e buscar alguma mudança de comportamento”.

Por outro lado, o mesmo discurso menciona que com a diminuição do uso da substância, o usuário poderá buscar alguma mudança no seu comportamento, todavia questionamos se o fato do usuário diminuir o uso da substância já não pode ser considerado uma mudança de comportamento exigido pelos profissionais da instituição.

O atendimento não-intensivo é aquele oferecido quando o indivíduo não necessita de suporte contínuo da equipe para viver em seu território[30] e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, portanto, o usuário pode ter uma freqüência menor de idas ao CAPS. Para os entrevistados, o atendimento não-intensivo é a fase que antecede o processo de alta do usuário, caracteriza-se por consultas pontuais como: psiquiátricas, psicológicas se necessário, clínicas, odontológicas e a procura pelo serviço social:

> E3.49 “...o não intensivo ele só vem para atendimentos psiquiátricos, depende muito também do paciente, se for necessário ele tem atendimento psicológico individual, que aí são casos específicos, o clínico também continua atuando até conseguir a alta também do psiquiatra e da psicoterapia. Aí ele já está no processo de alta”.

> E7.45 “... não-intensivo, em geral ele ou vem pra assistir uma conferência, ou vem porque o médico mandou, alguma coisa assim, apenas para não perder o vínculo e ver se ele esta em lapsos de recaída, até que ele entre naquela outra fase seis meses depois para trabalhar a alta”.

Consideramos interessante observar que um dos entrevistados coloca que o regime de tratamento não intensivo não abrange muitos usuários, pois estes não conseguem passar para esta fase:

[30] A noção de território não se limita apenas ao espaço geográfico, mas representa um micro local gerador de uma dinâmica que permite que os agrupamentos humanos se organizem em uma territorialidade geográfica, simbólica e política, vinculando-se mais às relações afetivas vivenciadas no espaço-simbólico cultural ou comunitário do que ao espaço geográfico em si (Kantorski, Souza, et. al., 2006).

> E6.28 “... o não intensivo que é uma coisa mais difícil deles passarem, mas ocorre, aí ele vem mais nos médicos, às consultas, procura o serviço social quando é necessário, trata dos dentes é mais a parte mesmo médica”.

Neste sentido, o depoimento seguinte confirma que a alta, apontada pelo entrevistado como consensual entre profissional e usuário, é conseguida por um número mínimo de usuários, pois a maior parte se “dá” a alta ficando no serviço por um tempo máximo de quatro meses:

> E7.69 “Eu sinceramente só trabalhei alguns, porque eu trabalho no segundo departamento, que é o departamento para dar a alta para o paciente. E eu vejo que são poucos, exatamente por causa dessa resistência que existe, o paciente vem objetivamente procurar outra coisa e ele encontra aqui o tratamento. Em geral o paciente não chega nem a um ano no programa, tem paciente que ultrapassa e tem paciente que se dá à alta espontaneamente. A alta a meu ver é consensual tem que ser entre você e o paciente (...) os pacientes chegam aqui no máximo quatro meses sem exceção”.

Enquanto o tempo mínimo de permanência, segundo discurso, é de doze meses:

> E01.37 “... no mínimo é 12 meses é o prazo de permanência da pessoa aqui”.

O CAPSad tem como um dos objetivos a reconstrução dos vínculos sociais, familiares e comunitários dos usuários dos serviços de saúde mental, e para tanto deve estimular a autonomia dos sujeitos para que este não desenvolva dependência ao tratamento e ao espaço do serviço. A alta, neste sentido, é conseqüência da estruturação dessa rede social, da condição psíquica e do projeto terapêutico desenvolvido com o usuário (Ministério da Saúde, 2004a).

No entanto, um dos critérios adotados pela instituição para que o sujeito tenha alta é a abstinência por no mínimo um ano:

> E4.49 “Um ano de abstinência ele passa a ter critério para alta”.

Contradizendo as diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde (2004c) de que os CAPSad devem fazer uso deliberado e eficaz da lógica ampliada de redução de danos, respeitando que muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde. Portanto, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado, tendo em vista que ao cuidar de vidas humanas devemos lidar com as singularidades e com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas pelo outro.

Por outro lado, um único depoimento enfatiza que o CRATOD não exige a abstinência do usuário:

> E1.27 "... a gente não tem critério, por exemplo, de ter abstinência não".

Vale destacar que em nenhum momento das entrevistas a Redução de Danos foi mencionada como estratégia na direção do tratamento desta população.

A Redução de Danos (RD) é de fácil definição a partir de suas práticas: "trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem, necessariamente, requerer a redução de consumo de tais substâncias" (Andrade, 2004, p. 87).

Estas ações são orientadas por três princípios básicos, segundo Andrade (2004):

- ✓ O pragmatismo, porque é uma prática de objetivos claros e, quando contestada à luz da moral, da religião e do preconceito, sustenta-se como prática de saúde pública ao objetivar a preservação da vida de milhares de pessoas expostas a riscos.
- ✓ A tolerância, cujo princípio fundamental de RD é o do respeito ao consumidor de drogas pelo direito às suas drogas de consumo:

> Direito este, algumas vezes, respaldado na própria legislação em vigor, mas interditado pelo preconceito e pela atenção excessivamente focada na repressão às drogas

> ilícitas, os quais de certa forma dão respaldo às arbitrariedades cometidas contra usuários de drogas, mesmo em culturas onde a legislação vigente, em momento algum proíbe ao indivíduo o uso pessoal de qualquer produto e/ou substância ainda que supostamente lhe sejam nocivos, como é o caso da Legislação Brasileira (p. 88).

- ✓ A diversidade, que inclui as diferentes práticas de RD em função das múltiplas possibilidades entre as populações de usuários, dos recursos técnicos possíveis e disponíveis e das diferentes drogas de usos/abusos por parte dessas populações.
- ✓ O desenvolvimento de ações preventivas orientadas na especificidade das demandas de cada população de usuários e o respeito ao direito destes às suas drogas de consumo, fazem dos princípios da RD um modelo que esta de acordo com os preceitos da Reabilitação Psicossocial.

Destarte, os suportes oferecidos aos usuários de drogas e os cuidados com a saúde na esfera das ações de RD trazem à compreensão social os seus direitos de cidadãos, colaborando para minimizar a exclusão social de suas práticas e conseqüentemente, deles próprios (Andrade, 2004).

Ainda, a RD em uma ampla perspectiva de práticas voltadas a minimizar as conseqüências globais do uso de álcool e drogas, bem como a diminuição do risco de infecção por hepatites e HIV, permite que sejam elaborados projetos terapêuticos mais flexíveis e mais adequados às necessidades de cada usuário dos serviços (Ministério da Saúde, 2004c).

Depreendemos em alguns discursos que a abstinência é apontada como o único caminho válido, inclusive para as bebidas alcoólicas, o que é considerado bastante irreal, em uma sociedade onde tradicionalmente consomem-se diversas bebidas alcoólicas. O grande diferencial entre o modelo da abstinência e a estratégia da redução de danos, é que não se preconiza a abstinência nas ações de prevenção, optando por ações mais coerentes com a realidade social e o respeito à liberdade individual,

buscando alternativas que minimizem os danos nos sujeitos que consomem álcool/drogas e outras implicações que não são inerentes às drogas em si (Trad, 2004).

As atividades realizadas no CRATOD, também considerado CAPSad[31], devem buscar responder as demandas dos usuários por cuidados clínicos e de Reabilitação Psicossocial, objetivando a sua reinserção social. Destarte, devem prestar uma assistência que compreenda desde o atendimento individual até o grupal, domiciliar e familiar, as atividades terapêuticas e comunitárias (Ministério da Saúde, 2004a).

Alguns profissionais ao relatarem as atividades desenvolvidas no CRATOD informaram que estas apresentam características diferenciadas de acordo com a modalidade de tratamento na qual estão inseridas. Abordaremos, inicialmente, as atividades desenvolvidas nos grupos de atividades físicas:

> E3.1 "... desenvolvo grupos de atividade física. Ai eu atendo vários grupos, então eu trabalho com o grupo de intensivo, grupo de semi intensivo, grupo de GESTO, grupo de mulheres e tem os adolescentes".

As atividades físicas, segundo fragmentos da entrevista, são compostas pelas atividades recreativas, desportivas e jogos cooperativos:

> E3.2 "As atividades de intensivo e semi intensivo são para os pacientes com dependência em álcool e outras drogas, a gente faz atividades recreativas, desportivas, eu aplico alguns jogos cooperativos com a função de desenvolver habilidades físicas, funções psicomotoras, também trabalho resgate de valores, procuro usar jogos cooperativos e atividade física como um resgate de auto estima e trazer um ambiente mais favorável para eles em relação a um ambiente de integração, onde eles acabam se conhecendo mais".

Tem como função desenvolver as habilidades físicas, funções psicomotoras, resgate de valores, resgate da auto-estima e, sobretudo, desenvolver um ambiente de integração.

[31] O CRATOD a partir de novembro de 2002 foi cadastrado no Ministério da Saúde como CAPSad.

Para Bucher (1992), as atividades de educação física destinadas aos usuários de álcool e drogas pode ser um elo terapêutico importante, por intervir no corpo e propiciar o reinvestimento do corpo por meio do esporte. Estas atividades se destacam por envolver a participação grupal, pela presença de regras de jogo a serem respeitadas, pelo espírito de equipe e pelas questões pragmáticas que suscita, necessitando de soluções momentâneas que, no entanto, exigem planejamento e integração espaço-temporal.

No regime de tratamento intensivo, as atividades planejadas são iniciadas com o reforço das regras institucionais, em seguida são propostas atividades físicas de baixa intensidade devido ao fato do profissional não conhecer as condições do usuário:

> E3.14 [atividades planejadas – intensivo] "Inicialmente a gente perde um tempinho que é para falar sobre as regras do CRATOD, regras de conduta, de tratamento, a importância de estar participando de todas as atividades, a importância de não perder as consultas médicas, bom regra básica do CRATOD, depois eu procuro fazer uma atividade de baixa intensidade, até porque eu estou conhecendo eles, alguns com problemas clínicos, outros pouco mais saudáveis, mas eu não procuro esforçar demais, eu procuro conhecê-los primeiro".

Estas atividades visam apresentar aos usuários algumas atividades físicas com o objetivo de possibilitar ao indivíduo o reconhecimento de suas capacidades corporais e, a identificação por parte do profissional de alguma disfunção clínica que pode comprometer o desenvolvimento da atividade:

> E3.17 "...inicialmente o trabalho é mais para ele conhecer o que é atividade física, conhecer o que ele é capaz de realizar, e aí aos poucos nesse grupo eu vou exigindo um pouquinho mais deles, é claro que com acompanhamento clínico, se eu percebo qualquer coisa diferente durante a atividade, vamos dizer um músculo mais tonificado, sem muita mobilidade, deficiência na orientação espaço-temporal eu encaminho para o médico clínico fazer alguns exames".

A flexibilidade é considerada fundamental para o profissional no desenvolvimento da atividade, pois este reconhece a particularidade de cada grupo, sobretudo, no caso da dependência química que envolve diversos fatores que não podem ser controlados pelo profissional da saúde:

> E3.20 "...as atividades elas são planejadas e durante ela pode ser mudada ou não, depende muito do grupo. Porque dependência química alterna demais".

A dança circular é um grupo que além da atividade física em si, promove a recepção e a integração de novos usuários, bem como a socialização:

> E3.26 "...eu pego danças circulares (...) são as mulheres, a gente vai para a nossa sala, lá a gente procura se conhecer um pouquinho mais, sempre tem uma apresentação porque algumas pacientes vão chegando e vão se agregando ao grupo, também tem algumas pessoas que vão conhecer".

Ainda, possibilitam que o profissional realize intervenções que objetivam resgatar os valores individuais, o estímulo e a valorização dos aspectos saudáveis da personalidade:

> E3.27 "...no meio das danças eu paro para algumas intervenções que eu acho necessário estar colocando que é muito a respeito de resgate de valores, procuro sempre fazer um paralelo da atividade, da postura do paciente na atividade, com uma postura que ele poderia executar lá fora também".

Nas atividades em que as diferenças são reconhecidas e respeitadas, as mensagens passam a ter sentido e os afetos podem encontrar um campo de expressão nas relações de amizade que vão se estabelecendo, propiciando relações de mútua ajuda. Metas a serem atingidas com a dança circular, segundo discurso:

> E3.5 "... tem o grupo de mulheres e o grupo do GESTO, eu faço dança circular. A dança circular é uma parte dos jogos cooperativos que tem também o objetivo de integração, de auto reconhecimento, do respeito mútuo. De reconhecer a si mesmo e o outro, também traz um ambiente diferenciado de amizade. Pro GESTO serve como alternativa de atividade física diferenciada e para o grupo de mulheres uma auto reconhecimento delas".

Outra prática citada pelos profissionais se refere à intervenção terapêutica direcionada para a área das artes. Para os profissionais, os usuários do regime de tratamento intensivo ainda estão sob o efeito das substâncias psicoativas e trazem limitações físicas e psíquicas

consideráveis, diante deste quadro apresentam dificuldades para se comunicarem, portanto as atividades buscam oferecer a oportunidade destes aprenderem a usar e mesmo ousar a fala em grupo:

> E01.71 " A gente tem uma estrutura a explicar, por exemplo, para um paciente do regime intensivo, este paciente que ainda esta sob o efeito da substância psicoativa, esta vivendo a experiência da abstinência. Ainda esta com uma ambivalência muito grande, com limitações físicas, psíquicas, às vezes muito grandes. A gente procura introduzir algumas técnicas da área de artes, por exemplo, contação de histórias, porque até pela questão cultural eles tem dificuldade de se expressar, até com a gente porque nosso mundo cultural, nossa cultura é outra".

Ainda, os profissionais acreditam que as atividades ligadas à arte possibilitam a localização de dificuldades no comportamento interpessoal mal adaptado e propiciam a busca de encontrar formas para o seu enfrentamento, criando situações em que os usuários possam se expressar:

> E01.72 " A gente cria estratégias de oficinas que eles possam se expressar, perder a inibição, perder a vergonha de estar se colocando e começar pegando contato com eles. Então são atividades que não exigem muito do ponto de vista físico, não vão deixá-lo numa situação de exigir muito mais, pelo menos da a condição dele saber como se expressar".

O discurso acima parece aproximar-se do modelo de reabilitação proposto por Spivak que segundo Saraceno (2001), tem como objeto a cronicidade psiquiátrica entendida como sérios problemas na existência, ou seja, pessoas que experimentam contínuos fracassos pessoais e sociais, e que no caso de usuários de substâncias psicoativas podem acabar por fazer uso destas substâncias para diminuir os sentimentos derivados destes fracassos.

Ainda, considera que a falta de competência da pessoa em satisfazer as suas próprias exigências e daquelas com quem interage resultaria na dessocialização e na progressiva diminuição da articulação social, a partir do distanciamento do paciente com relação às pessoas significativas e do auto-isolamento. Nesse sentido, a finalidade da reabilitação estaria relacionada à neutralização dos processos crônicos, especialmente quanto à interação

social, por meio da avaliação das incompetências e do desenvolvimento de comportamentos socialmente competentes com objetivo de adaptar o funcionamento do paciente conforme as normas socialmente compartilhadas (Saraceno, 2001).

Contraditoriamente, segundo Castelfranchi (1993, apud Saraceno, 2001), essa ressocialização do indivíduo com o contexto, acaba resultado no desaparecimento do segundo termo, e, portanto, numa intervenção "só e exclusivamente na pessoa, no paciente, para readequá-lo de qualquer maneira e o mais possível às demandas e expectativas do contexto, o qual não é minimamente posto em discussão" (p.52).

O modelo de Spivak, por conseguinte, está focalizado na adaptação social do paciente às normas do contexto, que, todavia, não sofre nenhuma crítica no sentido de sua modificação para a proposta da ressocialização. Sendo assim, essa proposta alinha-se com a lógica médica, psiquiátrica sobre a reabilitação (Saraceno, 2001).

Cavalcanti et al. (2003), afirmam que em princípio, qualquer atividade de natureza artística é indicada, desde que não busque apenas o desenvolvimento de comportamentos socialmente competentes, conforme o modelo de reabilitação proposto por Spivak, visto que o valor terapêutico decorre do envolvimento que o sujeito tem com esta atividade, pois é neste envolvimento que ocorre o contato interno do sujeito, e nesse contato e na concentração investida na atividade é que se dá a função terapêutica.

Neste sentido, compartilhamos a idéia de Almeida et al. (2004, p. 117) "qualquer atividade que seja eficaz como intermediação de um diálogo, de um vínculo entre profissional e cliente, produzirá um relacionamento que pode ser terapêutico ou não". Portanto, a relação é terapêutica, e não a atividade em si. Nesta visão, o melhor "equipamento terapêutico" é o profissional, sua capacidade de acolhimento e ajuda, suas habilidades, sentimentos, personalidade, associados ao contexto do usuário.

O grupo de arte terapia desenvolvido para os usuários do regime intensivo busca desenvolver nestes indivíduos um raciocínio lógico, enfatizando o aqui-e-agora, o presente, oferecendo um espaço de escuta ao

usuário e ao grupo, visto que nem sempre estes estabelecem de imediato uma relação de confiança para se expressarem:

> E5.8 "... faço o grupo de arte terapia para o trabalho do intensivo, então o grupo de arte terapia para o pessoal do intensivo é um grupo um pouco diferente do semi. Pro pessoal do intensivo que é o inicio, eles estão em uma condição mais debilitada, então eu procuro fazer um trabalho atualmente, de pontuar alguns pontos pequenos, é pontuando então uma necessidade deles terem atenção, buscar um certo raciocínio, buscar uma certa lógica. O presente, o aqui e agora e trazer uma imagem, então às vezes eu trago alguma coisa ligada a arte, eu trago algumas figuras, algumas ilustrações de artistas, trabalho muito com esses livros e a partir daí eles vão também colocando uma história".

A criação artística como atividade terapêutica é concebida por Cavalcanti et. al. (2003), como uma via de contato do sujeito com suas emoções, pois a necessidade humana de recriar a realidade encontra na arte um canal de expressão que possibilita o alívio emocional.

Retornando para as atividades planejadas, o grupo formado pelos adolescentes, segundo depoimento, apresenta características específicas devido à descontinuidade das atividades ocasionadas pelo número de faltas e às particularidades que envolvem esta fase do desenvolvimento humano. O entrevistado assinala a necessidade de realizar um trabalho de "sedução" para estimular a participação destes usuários nas atividades propostas, para tanto recorre ao futebol utilizando as regras deste esporte como intervenção terapêutica:

> E3.11 [atividade planejada] "...depende muito do que eu observo do grupo, por exemplo, o grupo de adolescentes eles faltam demais, eles não tem uma continuidade, então eu sempre faço um trabalho que eu chamo que é de sedução, então eu procuro trazer jogos que eles gostam, é jogo de futebol por exemplo, a gente joga juntos e eu vou mudando as regras aos poucos ai depois eu falo que a gente pode jogar um jogo diferente, ai eu vou propondo outros jogos".

Devido à especificidade que a fase da adolescência expressa, caracterizada por grandes conflitos, transformações e incertezas, consideramos importante fazer algumas colocações pertinentes ao estudo,

já que os adolescentes devem ser atendidos pelo CRATOD conforme Decreto nº 46.860, de 25 de junho de 2002.

Lembramos que Sanchez, Oliveira, Nappo (2005) afirmam que simplesmente o fato de "ser jovem" é um fator de risco para o uso de drogas, visto que nesta fase da vida ocorrem os conflitos psicossociais, a necessidade de integração social, a busca da auto-estima e de independência familiar. A faixa etária do início do uso de drogas dentro da juventude está entre 10 e 19 anos.

O CRATOD atende os adolescentes que são encaminhados pela justiça, por meio da Fundação Casa e que estejam cumprindo medidas sócio-educativas em semi liberdade ou liberdade assistida, correspondendo a 80% dos atendimentos:

> E4.3 "... praticamente 80 por cento dos adolescentes vem da Fundação Casa. Com demanda judicial e eles estão em semi liberdade ou liberdade assistida".

Nesta perspectiva, Cruz (2005) aponta que o menor torna-se infrator como contingência da situação familiar, da falta de educação, de saúde, de moradia, da fome, enfim, da miséria social, e nunca, como nos dias atuais, houve uma preocupação tão grande e generalizada com os direitos do cidadão em todo o mundo, incluindo-se aqui os menores.

Destarte, percebemos que os três eixos fundamentais da Reabilitação Psicossocial colocados por Saraceno (2001) perpassam também a vida do adolescente usuário de drogas. Portanto, qualquer projeto de intervenção para a população adolescente deve levar em conta as necessidades de integração social; fortalecimento da auto-estima, visto que os jovens caracterizam-se por um marcado caráter de limite, situado entre a dependência infantil e a autonomia da vida adulta; redes de negociação que aumentam a participação e a contratualidade destes jovens, expressão de sua subjetividade e também o contexto nos quais estão inseridos estes usuários.

Os outros 20% são encaminhados pelas casas abrigos e compreende os adolescentes que se encontram em situação de rua e que por meio das ações realizadas por algumas ONGS vão para estes abrigos:

> E4.4 "... os outros 20 por cento são das casas abrigo que são aqueles adolescentes que estavam em situação de rua e que vão através dos trabalhos das ongs pros abrigos e são encaminhados por esses abrigos para tratamento".

Bucher (1996) discute o consumo de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua, colocando que o "jovem de rua" se vê privado de reconhecimento e inserção social, vivendo a negação de seus direitos mais elementares como uma negação de sua própria existência. Assim, entre os sentidos atribuídos ao consumo de drogas por esta população destaca-se sua inserção nas estratégias de sobrevivência, que além de propiciar a inserção grupal na busca de sua identidade, ajudam em suma, a combater mesmo que momentaneamente, as sensações de angústia, abandono, perseguição e fome.

No entanto, são vistos como "bandidos" que optaram pelo caminho da marginalidade a partir de uma predisposição para a delinqüência ou sob a pressão de famílias desestruturadas, representando uma ameaça para o funcionamento harmonioso da sociedade.

Logo, obrigados a realizar um tratamento para o uso de substâncias psicoativas por instâncias que ele rejeita ou se sente perseguido, não poderão ingressar em um tratamento por não conseguirem dispor de si, por não manifestarem interesse (neste momento) em compreender o seu envolvimento com substâncias psicoativas e, sobretudo, por não acreditarem que podem ser ajudados. Por conseguinte, enquanto desconfiarem da instituição, visualizando-a como um "braço de repressão ou de enquadramento forçado, uma relação afetiva até poderá desabrochar" (Bucher, 1992, p. 247), por meio de atividades recreativas que tragam prazer como o futebol, contudo esta relação encontrará complicações para se estabelecer com autenticidade até solidificar-se por intermédio das circunstâncias ambientais ou internas favorecedoras. O exposto pode ser verificado na prática com o depoimento abaixo:

> E3.44 [Adolescentes] "...difícil eles incorporarem aqui a questão da reabilitação, alguns vem por mandato judicial, então eles acham que aqui é uma extensão do poder judiciário e ai eles tem receios, medos".

Neste sentido, Moraes (2006) afirma que a ampliação e intensificação de políticas repressivas, punitivas e criminalizadoras em relação aos jovens têm produzido efeitos contrários ao que pretendiam, pois aumentam o medo e tornam mais reativas e emocionais as respostas causando uma distorção da realidade, não sendo capazes de identificar o que realmente deveria ser mudado. Desta forma, reforçam todo o sistema que foi o produtor do que se pretende combater.

As atividades voltadas para o regime de tratamento semi-intensivo estão apoiadas na premissa de que o usuário já está abstinente há algum tempo e por isso, segundo entrevistado, esta em melhores condições físicas e emocionais para participar de atividades mais elaboradas:

> E3.21 "...grupo de semi intensivo é um grupo que ele já ta bem no tratamento, já aderiu melhor ao tratamento, esse grupo eu já posso exigir mais, então a atividade física é mais completa, ela não vem com tanta baixa intensidade, ela pode ser um pouquinho mais explorada".

Nesta fase são propostas atividades mais estruturadas, como a prática de algum esporte contendo regras que devem ser respeitadas pelos participantes:

> E3.22 [grupo de semi intensivo] "...esse grupo eu procuro é (...) exigir mais, então alguns esportes eu dou ele propriamente dito com algumas regras a mais (...) os jogos cooperativos são mais aprofundados, então a gente consegue discutir um pouquinho mais porque existe uma diferença grande com o intensivo, no intensivo o déficit cognitivo é grande até mesmo pelo tempo de uso, e eles ainda estão usando".

Outro entrevistado relata desenvolver o grupo de consciência corporal que busca promover no usuário a possibilidade de reorganização, assim como a administração da sua ansiedade e do seu stress pressupondo que o aprendizado adquirido neste grupo possa se estender para além do serviço:

> E5.6 “o grupo de consciência corporal também é voltado para o atendimento de pessoas que já estão no semi intensivo ele promove no individuo a possibilidade de se reorganizar, promove um recondicionamento no estado interior do individuo e isso vai beneficiá-lo no estado total: físico e emocional e também pode auxiliar em algumas doenças decorrentes do uso de álcool e drogas, possibilita o individuo a administrar melhor o seu estado de stress e a sua ansiedade recorrendo a alguns trabalhos que a gente faz e que eles podem sozinhos desenvolver na vida cotidiana”.

Outro discurso referente ao regime de tratamento semi-intensivo revela que o usuário já compreendeu a necessidade de modificar o seu comportamento entendido como disfuncional no que diz respeito ao uso de álcool e drogas, portanto, as atividades visam desenvolver as habilidades “perdidas” durante o tempo de utilização das substâncias psicoativas, para que possa se relacionar com o outro e buscar um trabalho:

> E01.79 “Tem um outro momento que a gente chama as atividades do semi intensivo que além dele já estar conseguindo manter mais tempo sem aquele uso padrão, ele já entendeu, mas ele esta precisando realmente desenvolver as habilidades para ele poder funcionar de novo, poder se relacionar, poder arrumar um emprego, poder até se atualizar com relação às exigências do mercado hoje”.

Para Saraceno (1998) o conceito de desabilidade refere-se ao sujeito que perdeu a sua habilidade para gerar sentido, não sendo uma desabilidade física. Um indivíduo em sofrimento psíquico não é um deficiente, mas uma pessoa que em alguma etapa de sua vida não tem mais a capacidade de gerar sentido e nesta circunstância a comunidade não suporta esta desabilidade, e acaba por rechaçá-la. Portanto, recuperar é uma atitude solidária, afetiva. Esse é o sentido da reabilitação, reestabelecimento da contratualidade de cidadão, de produzir sentido.

Retornando ao grupo de arte-terapia, agora focado no regime semi-intensivo, este tem como objetivo trabalhar os conteúdos internos dos usuários por meio da arte, mobilizando questões emocionais latentes para que estas encontrem formas de expressão, conscientizando o indivíduo destes movimentos:

> E5.9 “O grupo de arte terapia para o semi é diferente, porque no semi intensivo a pessoa já esta mais preparada para poder entrar dentro dos aspectos simbólicos que estão por trás. Das imagens, entrar mais na questão emocional para poder se conscientizar mais, do curso da vida que virá ”.

Nesta lógica, Cavalcanti et al. (2003) aborda um dos objetivos da Oficina de Desenho e Pintura, desenvolvida pelos próprios autores, que é o movimento da conversa entre o mundo interno e externo dos participantes. Tendo em vista, que a conversa ininterrupta do mundo interior e exterior ao sujeito é o que movimenta o ser humano, à custa de conflitos e surpresas agradáveis ou não. No entanto, o autor afirma que não é papel do profissional responsável pela oficina, interpretar a conexão da imagem que aparece no mundo psíquico do sujeito, pelo contrário, o participante é estimulado a estar consciente do que esta fazendo e a atividade é pensada a partir da própria linguagem pictórica e de seus elementos.

Os grupos com até dez participantes demonstram maior eficácia em termos de organização e produtividade, segundo Greco (2004). Corroborando com o autor, a profissional que desenvolve os grupos ligados à arte informa que o número de participantes é considerado um requisito importante para o bom funcionamento da atividade:

> E5.19 “... eu não costumo atender um grupo maior de dez porque pra mim não rende, eu prefiro até um pouco menor, porque eu trabalho com conteúdo, deixo o conteúdo realmente surgir e são vários. Pra dar espaço pra todo mundo”.

Trabalhar com o conteúdo trazido pelo paciente pode oferecer a oportunidade de estruturação interna para o usuário, além de envolvê-lo com a importância do processo terapêutico. No depoimento seguinte é evidenciada a relação entre a arte e a história:

> E5.11 “Toda arte tem uma história e toda história pode fazer uma arte, então faço o processo de ver a imagem e tentar falar, escrever, desenhar, compor e faço o oposto também, eu conto uma história pequena e faço dela sair uma imagem, mas como é? É fazendo uma coisa mais dinâmica com o intuito, nesse momento, de fazer buscar muito o presente, ter uma concepção mais apurada da realidade, dos detalhes”.

A arte pode auxiliar o indivíduo a re-elaborar a sua história, visto que o fato do grupo ser composto por usuários com conflitos diversos, com histórias de vida particulares, faz com que o trabalho grupal funcione como um espaço que propicie a troca e conseqüentemente o aprendizado e aprimoramento que favorecem o convívio com as diferenças.

Cavalcanti et al. (2003) afirma que na criação de desenhos e pinturas, é fundamental que se estimule a descoberta da maneira individual de cada participante da oficina no desenvolvimento de um estilo próprio, pois ao acompanharem estes pacientes no grupo perceberam o quanto é terapêutico o prazer que a atividade criativa proporciona, auxiliando-os no resgate de certa autonomia e auto-estima, além da oficina ser um espaço de convivência, que favorece a ampliação do círculo de relações, visto que a convivência grupal diminui a ação da solidão e do isolamento social.

Os profissionais que desejam reabilitar os usuários de substâncias psicoativas devem trabalhar numa lógica de não exclusão, pelo contrário, devem trabalhar pela reintegração deste sujeito enquanto um ser único, com sonhos, desejos, projetos, com uma história de vida única, que também necessita de uma abordagem terapêutica específica que respeite as suas singularidades.

Saraceno (1998) afirma que os serviços de saúde mental têm como uma de suas tarefas auxiliar o indivíduo, que em determinado momento de sua vida perdeu a capacidade de gerar sentido. Enfatizando que são várias as formas por meio da qual, o usuário pode perder sua capacidade de produzir sentido: não poder gerar mais trabalho, não poder gerar relações afetivas com sua família, não poder mais gerar relações sociais, etc. Nesse momento o usuário precisa de ajuda. Esta é a clínica do sujeito, a clínica geradora de sentido.

Foi mencionado como uma ação terapêutica deste serviço de saúde mental, o grupo de vídeo que pretende articular o conteúdo do filme, provavelmente ligado ao uso de álcool e drogas, à experiência individual de

cada participante promovendo uma discussão, e que conforme dicção do entrevistado proporciona um auto reconhecimento do indivíduo:

> E11.72 "... um grupo que é muito legal a gente fazer é o grupo de vídeo, a gente faz uma seleção de filmes e a gente coloca, sempre tendo o cuidado de deixar um tempo para o filme e pelo menos uma hora e meia para a discussão, se você não discutir vai se perder, e ai o filme é uma possibilidade que eles tem de se verem naquele momento, naquela situação e é muito enriquecedor isso".

Consideramos que as atividades propostas para os usuários do CRATOD, podem auxiliá-los a resgatar a sua auto-estima, a se reconhecerem como seres humanos, a estimular a convivência com outras pessoas, pode ainda facilitar o exercício da expressão de sentimentos e afetos. No entanto, os profissionais devem ter claro em todos os momentos do planejamento e da execução das atividades, que a finalidade destas intervenções reside na produção de sentido para estes indivíduos, portanto resgatar as habilidades perdidas neste sentido consiste em aumentar o exercício do direito ativo às oportunidades de troca de recursos e de afetos, propiciando a participação e a contratualidade real destes sujeitos, visto que só é possível reabilitar o indivíduo se estas finalidades forem respeitadas, caso contrário estes profissionais correm o risco de reproduzirem a lógica manicomial do entretenimento, que faz alusão a uma ação prazerosa para fazer o tempo passar.

Discorreremos agora acerca das atividades grupais desenvolvidas para ambos os regimes de tratamento, ou seja, aquelas atividades que os profissionais não mencionaram haver diferenças marcantes para executá-las, seja no intensivo ou no semi-intensivo.

Uma das práticas citadas é o teatro do oprimido, desenvolvido por Augusto Boal, que tem como proposta fazer com que o povo/espectador se transforme no ator, manifestando seu ponto de vista, proporcionando ao sujeito a possibilidade de pensar acerca de um problema encenado no teatro para chegar a uma solução e, assim, ir se habituando a resolver problemas de sua própria vida: "Para que se compreenda bem esta Poética do Oprimido deve-se ter presente o seu principal objetivo: transformar o povo,

“espectador”, ser passivo no fenômeno teatral, em sujeito, em ator, em transformador da ação dramática” (Boal, 1988, p.138). Podemos observar esta proposta no discurso abaixo:

> E11.19 “... dentre as varias facetas existentes dentro do teatro do oprimido uma que a gente faz aqui com freqüência, em todos os grupos praticamente, são cenas de teatro fórum, em que a gente faz uma cena individual de uma pessoa que esta vivenciando aquela situação e os outros colegas vão entrando no lugar daquele oprimido para poder transformar e normalmente quem faz a cena em que se sentiu o oprimido, na cena vai ser o opressor para mostrar o que ele, como é que é o opressor, nada melhor do que o oprimido para fazer o papel de opressor porque ele vivenciou na pele aquela situação e é super interessante”.

Amarante (2007) afirma que o teatro do oprimido é um bom exemplo da possibilidade de criação de atividades baseadas em princípios como emancipação, autonomia, consciência crítica, rompendo com a lógica terapêutica convencional. Trata-se apenas de teatro, sem a obrigatoriedade da terapêutica.

Ainda, para Almeida (2004), o teatro pode ajudar o sujeito a ter maior consciência do seu papel social, auxiliando-os a refletirem sobre os problemas cotidianos e, assim encontrarem soluções concretas. Para o entrevistado, o teatro do oprimido, assim como para Almeida, auxilia o indivíduo a resgatar a capacidade de responder aos desafios do cotidiano:

> E11.11 “ ... o teatro do oprimido (...) vai trabalhar o treinamento de uma capacidade que eles tem de responder aos desafios da vida. Então assim, o teatro do oprimido consiste de dois momentos, o momento em que existe algumas dinâmicas que estimulem todos os sentidos, que estimula à audição, o tato, a visão, estimula a memória, estimula a concentração, estimula a criatividade”.

Outra técnica identificada como prática terapêutica é o grupo operativo que segundo Pichon Rivière (2000, p. 143), “é um grupo centrado na tarefa que tem por finalidade aprender a pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal, e não no campo de cada um dos seus integrantes”. Portanto, possibilita reunir os atores sociais para discutir e trabalhar objetivamente os problemas apresentados por qualquer um dos membros participantes de forma coletiva:

> E11.14 "... a dinâmica do grupo operativo é uma coisa que mobiliza muito e faz com que eles pensem a respeito das situações e tudo mais, então o grupo operativo fala do sentir, do pensar e do agir mais teoricamente falando".

Prosseguindo, o grupo operativo é um instrumento que une o esclarecimento, a comunicação, a aprendizagem e a resolução de dificuldades criadas e manifestadas pelo grupo. Requer que os integrantes desenvolvam um papel ativo, trazendo temas de seu interesse, propondo soluções e mudanças para que possam sair da posição de vítimas das circunstâncias da vida:

> E11.10 "o grupo operativo ajuda os pacientes, as pessoas a sair daquela posição de coitadinho, de vitima, de que não da certo e que eles são".

Um dos resultados pretendidos no processo de Reabilitação Psicossocial é, sobretudo, o de tornar o usuário de álcool e outras drogas mais consciente de si, para que deixem de ser meros receptores de informações, passando a ser protagonistas de suas vidas, o que possibilita a experimentação e o desenvolvimento de sentimentos de responsabilidade, confiança e auto-estima, trabalhando com os seus conflitos pessoais e com os que surgem na convivência grupal, visto que esta possibilidade de expressão e troca também faz parte do exercício de autonomia:

> E11.9 "... grupo operativo de acordo com Henrique Pichon Riviere trabalha a possibilidade que eles tem de autonomia, de responsabilidade por eles mesmos, de conscientização de alguns papéis que eles tem na vida".

Almeida (2004), objetivando pesquisar o ponto de vista de adolescentes marginalizadas sobre seus problemas sociais, eventualmente presente em processos criativos teatrais, afirma em seus achados que as meninas interpretam cenas diretamente ligadas à vida que tem. O diferencial desta técnica é que ao usarem as máscaras dos personagens, fica mais fácil encontrar soluções. "A estratégia de ilusão (o sentimento de que estão assistindo ou representando uma peça teatral) e identificação (a mesma é embasada em suas próprias vidas), traz bons resultados" (p. 82). Portanto, o teatro além de mostrar os problemas, instiga a reflexão em busca de

respostas, e se há a superação de um obstáculo no teatro, também existirá uma saída na realidade. Seguindo esta lógica, o teatro do oprimido oferece a oportunidade de colocar em prática os temas emergidos no grupo operativo:

> E11.15 "... o grupo de teatro do oprimido coloca aquilo tudo que foi discutido no grupo operativo na prática, então vamos treinar, vamos ver como é que acontece, você esta numa discussão familiar, você esta sendo mandado embora de casa e ai o que você faz? Por exemplo".

Portanto, torna-se fundamental a elaboração de intervenções que criem fatos, acontecimentos, espaços de expressão e criação dentro da estrutura coletiva dos serviços, destacando que estas ações devem estar fundamentadas na necessidade dos usuários, visto que dessa forma poderão gerar sentido para estes sujeitos, conforme preceitos da Reabilitação Psicossocial, além do favorecimento da convivência e da troca de experiências, como ganho secundário.

Segundo Prata (2004) as atividades propostas aos usuários, muitas vezes, representam um "fazer para não pensar", portanto o desafio dos profissionais é inverter esta lógica de entretenimento utilizando a atividade como uma forma de intervenção que promova relações em que os usuários "se sintam estimulados a transformar pequenas coisas na sua vida que possam fazê-los sofrer menos e viver um pouco melhor" (p.165):

> E11.18 "... o teatro do oprimido é uma ferramenta que ajuda as pessoas a pensarem em transformar uma situação da realidade, como que da para fazer diferente daquilo que existe".

Ainda, o teatro do oprimido pode auxiliar o sujeito na compreensão e elaboração do que é vivenciado, encontrando formas alternativas de enfrentamento:

> E11.12 [teatro do oprimido] "... é muito rico isso e fundamentalmente faz com que eles percebam que eles tem possibilidades de fazer coisas diferentes do que normalmente eles estão acostumados a fazer".

Trabalhar com os usuários a possibilidade de se expressar livremente, sem julgamentos, buscando reestruturar o cotidiano demonstra a mudança

na forma de tratamento voltado para a melhoria da qualidade de vida e inclusão social quando em comparação com a assistência baseada, sobretudo, na terapia medicamentosa:

> E11.16 "... o teatro do oprimido (...) pensa a possibilidade do ser humano se expressar com liberdade é muito, muito interessante isso, e dentro do teatro do oprimido não tem certo, não tem errado, não tem bonito nem feio, o criador dessa técnica coloca que todos são atores do cotidiano, da vida real".

O usuário de substâncias psicoativas, nesta nova perspectiva de abordagem no campo da saúde mental, é convidado a participar desse processo de construção do cotidiano, sendo estimulado a ser um líder, atribuindo-lhe parte da responsabilidade para o aumento da sua autonomia:

> E11.70 "... uma das coisas que a gente tem como meta nas atividades, em todas as atividades que eu faço é ajudar o individuo a ser líder, não só líder da própria vida deles, como também ser líder de todo grupo em que eles estão inseridos: familiar, no trabalho, muitas vezes no albergue, até no grupo de rua".

Acerca da promoção da autonomia observamos a ênfase nas ações terapêuticas, mas salientamos que a autonomia é algo mais complexo. Em particular, diz respeito à articulação da rede no território que é sabidamente precária, principalmente se tratando da população atendida pelo CRATOD, se constituindo como um dos limites à Reabilitação Psicossocial e ao exercício da cidadania plena, ausente no contexto de vida dos usuários da instituição.

Saraceno (1998) postula que os profissionais da saúde devem buscar uma clínica diferente. O autor fala de um "artesanato da clínica" do sujeito, que é compreendida como uma clínica de escuta, de acompanhamento do real material do paciente, em outras palavras, uma clínica que permita ao usuário experimentar a intermitência de seu sofrimento, uma clínica que produza intercâmbio entre estes indivíduos enquanto estão sofrendo com outras pessoas. Uma clínica que possibilite ao usuário produzir um valor social, independente da atividade desenvolvida: pintura, teatro, artesanato, etc., mas que produza valor. É uma clínica cujo objetivo final é a produção

de sentido. Logo, é uma clínica que já não é clinica, mas é a arte de co-gerar sentido com o usuário.

Em contraposição a essa clínica "geradora de sentido" para os sujeitos usuários de substâncias psicoativas, o trabalho secularmente oferecido nas instituições para ocupar o tempo e a mente com atividades ligadas ao entretenimento na doença (Saraceno, 2001), é uma concepção ainda presente no serviço substitutivo, o que pudemos perceber com a descrição do grupo da memória, conforme depoimento:

> E6.8 "... dia da memória (...) ele é bem dinâmico, é um grupo fechado eles procuram não vir alcoolizados, nem usar drogas porque tem aquela coisa da competição, e é um grupo que eles mesmos pedem para a pessoa se retirar se ela não esta bem, eles mesmos colocam regrinhas, então é um grupo que a gente se deu muito bem, sempre muito cheio com dezesseis, dezoito pacientes, é um dos mais cheios".

Ou ainda, por meio do trabalho com a música:

> E11.74 "... o objetivo da música é proporcionar uma oportunidade de que todos os sentimentos deles possam ser aflorados, é uma possibilidade deles perceberem que tem muitas coisas que são legais, muitas coisas que não são e que você tem que aprender a lidar com aquela situação".

Concordamos com Pitta (2001, p. 11), ao afirmar que: "A Reabilitação Psicossocial não pode ser uma empulhação, um pretexto para deixar pessoas entretidas, fazendo de conta que a vida esta sendo vivida".

A Reabilitação Psicossocial surge como uma resposta às diversas necessidades do usuário, respeitando sua singularidade e levando-se em consideração a construção de um projeto terapêutico individual e compartilhado com a equipe, usuário e seus familiares (Pinho, Oliveira, Almeida, 2008).

Embora os profissionais demonstrem preocupação em não reproduzir a lógica manicomial nos serviços substitutivos, conforme dicção:

> E01.44 "... tem que ter muito cuidado para a gente não reproduzir a nível de CAPS, o que se fazia nas instituições fechadas".

Neste sentido, corroboramos com Saraceno (2001, p. 18) que a ruptura do entretenimento não é uma renúncia à prática da psiquiatria, mas:

> É uma pesquisa teórica e prática dos caminhos cotidianos para se operar micro-rupturas da miríade de microentretenimentos, descobrindo a miríade de fontes de recursos e modos de operar que confluam para a reconstrução da cidadania plena do paciente psiquiátrico.

Em suma, Saraceno (1998) postula que a reabilitação não é uma técnica, não é fazer bonecos, pinturas, artesanatos, músicas, visto que qualquer indivíduo pode realizar estas atividades. Salientamos que o autor não discorda que os usuários façam pintura, música, teatro, pois estas atividades são legítimos campos de expressão dos indivíduos. Todavia, não concorda com a pintura terapêutica, com a musicoterapia, com a teatroterapia, que buscam desenvolver habilidades para o desenvolvimento destas atividades porque não necessitamos de usuários artistas, necessitamos de usuários cidadãos.

Para Bucher (1992) o indivíduo poderá dispor de um leque de estratégias sociais, conforme o grau de autonomia e, portanto, de competência social que este demonstra. Quanto mais autônomo o indivíduo for, maior importância adquirirá o seu leque de estratégias, pois ele conseguirá controlar melhor o seu ambiente tirando deste, certa satisfação. Assim, trabalhar a autonomia dos sujeitos torna-se fundamental para o aumento da elaboração de estratégias para lidar com a sua problemática:

> E11.13 " O próprio teatro do oprimido coloca que não existe uma solução pra um desafio, pra uma situação de desafio, existem varias alternativas, então é uma coisa que abrange e proporciona um leque de alternativas, tudo que uma pessoa que tem uma dependência precisa".

Muitas vezes, a proposta do trabalho com grupos permite que os integrantes reflitam acerca de sua dependência, assim como acerca da sua vida com bares, drogas, frustrações, álcool, desemprego, desamores, dentre

outros fatores, evidenciando que a recaída, não significa necessariamente involução (Zago, Ramos, Oki, 2001). Depreendemos neste discurso, que para o profissional do CRATOD, o trabalho com grupos pode prevenir recaídas:

> E11.20 "...prevenção de recaída é facilmente trabalhável, eles tão andando pelas ruas, eles recebem convite pra usarem droga, para beber e ai muitas vezes eles vem aqui, olha eu pensei naquele grupo x e ai eu vi que aquele colega teve aquela alternativa, falou tal coisa e deu certo, funcionou a pessoa conseguiu me deixar em paz".

A entrevistada afirma ainda, a necessidade de sempre terminar os grupos com uma mensagem de esperança, no sentido de apoiar o usuário em seu processo de recuperação:

> E11.56 " ... em todos os momentos inclusive no acolhimento, nos acolhidos, em todos os grupos, a gente sempre tenta terminar o grupo com uma mensagem de esperança, de que as coisas são difíceis – são, existe desafios na vida – existem, os desafios vão servir pra que a gente possa crescer, se desenvolver em todos os aspectos da vida e que tem jeito sim, sempre, sempre tem jeito".

A atitude de transmitir aos usuários uma "mensagem otimista" é enfatizada por Edwards et al. (1999) por situar o indivíduo de que pode ser necessário aprender a viver com as intempéries e dificuldades da vida sem necessariamente recorrer a uma resposta química.

Segundo Zago, Ramos e Oki (2001) um tratamento específico para os usuários de substâncias psicoativas, seja este com fins: psicoterápico, medicamentoso, recreativo e interativo, deve expressar a possibilidade de construção de um espaço para a manifestação de suas angústias, ansiedades e também da "loucura". Possibilitando que estes indivíduos encontrem recursos internos para a superação das dificuldades, a troca de experiências e, sobretudo, para este perceber que não está sozinho com seu abandono e marginalidade.

Neste sentido, o CRATOD funciona de segunda a sexta feira, logo aos finais de semana os usuários são incentivados, pelos profissionais, a

buscarem outra instituição visando à convivência em grupo e a participação em atividades existentes nas casas de convivência:

> E6.16 “A gente investe nessas coisas fora, olha a gente não esta aqui de sábado e domingo, mas tem as casas de convivência, lavem suas roupas lá, façam uma aula de alguma coisa, de música, vão aprender inglês, o que as casas de convivência oferecem, então a gente incentiva muito estar sempre em grupo, com pessoas que também estão tentando sair disso”.

Os entrevistados também relataram o grupo de cidadania como uma das intervenções realizadas no serviço para auxiliar os usuários no que se refere aos direitos sociais:

> E6.1 “... eu tenho um grupo de cidadania que eu faço às segundas feiras e trabalha com pacientes que estão retornando ao tratamento é a questão da documentação, a isenção tarifária, questão de albergue”.

Notamos que os direitos sociais são percebidos pelos profissionais, como aqueles que dizem respeito à documentação, isenção tarifária e inserção em albergues, não abrangendo a totalidade destes direitos.

Entretanto, os direitos sociais são definidos como direitos ao acesso a um conjunto de bens e serviços considerados indispensáveis para a vida digna e para a convivência social – o direito à educação, à saúde, ao trabalho, a um salário decente, à proteção em situações de doença e velhice, e assim por diante.

No que se refere ao exercício dos direitos, esta é uma questão que se mantém como eixo central no discurso da desinstitucionalização, tanto pela restituição quanto pela criação de direitos que nunca existiram. O caminho para a concretização da cidadania em saúde mental, de acordo com os princípios da Reabilitação Psicossocial, conforme já foi abordado anteriormente, parte do exercício da contratualidade em três eixos principais: casa, trabalho e rede social. (Saraceno, 2001).

Percebemos nos discursos, que para os entrevistados muitos dos usuários vem ao serviço totalmente em busca de benefícios, que não são considerados pelos técnicos como necessidades pertinentes à instituição:

> E8.4 " ...o paciente vem totalmente em busca de alguns benefícios. Até pela dependência em si, eles acham que nós facilitaríamos a entrada deles em alguns serviços. Por exemplo, buscar vagas em albergues".

> E2.37 "... ele também fica sabendo como que é o funcionamento aqui dentro e tudo mais, porque tem uns que vem com uma demanda assim de carteirinha não é bem para o tratamento, ou então de aposentadoria e tudo isto é colocado para ele".

Esta concepção sobre as necessidades do usuário alinha-se ao paradigma psiquiátrico tradicional que recortou a dependência química como uma doença mental, deixando em segundo plano a complexidade que envolve este fenômeno humano. Sendo assim, o objeto da intervenção se reduz a tratar a doença colocando o sujeito entre parênteses. A perspectiva da Reforma Psiquiátrica reporta uma inversão na qual deve se considerar o sujeito em seu sofrimento e "ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença" (Amarante, 1996, p. 78). A Reabilitação Psicossocial, por conseguinte, deve considerar o sujeito em toda a sua complexidade, em todas as suas necessidades, cuja finalidade última relaciona-se à busca pela garantia destes direitos no horizonte da cidadania.

Para tratar do tema referente aos benefícios, além do grupo de cidadania outra prática relatada como relevante na direção da obtenção dos benefícios foi a constituição de um plantão social:

> E6.3 "... fico no plantão do serviço social que também é bem dinâmico, o dia todo, a tarde inteira aparece bastante coisa, a questão muito de documentação, INSS, pedido de relatório, mil coisas".

> E8.3 "... um dia voltado especificamente para o serviço social, então nós fazemos um atendimento que nós chamamos de plantão social. Que é onde nós recebemos os pacientes com as suas demandas sociais".

No plantão social são ouvidas as demandas sociais apresentadas pelos usuários do serviço, sendo resolvidas pelo serviço social do CRATOD e que também se referem a vestuário, ligações para contatar a família e moradia:

E6.29 [Procura do serviço social] “Bilhete único que esta vencendo, isenção tarifária, perdeu a vaga do albergue fixa por algum motivo, precisam de um contato com tal familiar em outra cidade, então a gente pode ver a questão dessa ligação”

E6.30 [Procura do serviço social] “... roupa, calçado, porque nós temos uma parceria com a UNIBS que também é aqui perto e que doa esse tipo de coisa, quer dizer então eles vão com o encaminhamento e dai por diante”.

E8.6 “... normalmente são essas demandas que eles apresentam, vagas em albergues, normalmente tem alguma demanda de peça de vestuário, porque foram roubados, ou até mesmo porque ocorreu algum episódio devido ao uso da substância”.

E8.8 “Orientação para tratar da documentação, fotografia, coisas nesse sentido”.

Os direitos sociais assumem um caráter de extrema importância, à medida que suas conseqüências irão repercutir sobre os demais aspectos da cidadania. Diferentemente dos direitos civis e políticos, que são vistos como exercício individual de direitos e obrigações, os direitos sociais não podem ser obtidos individualmente. Inversamente, dependem de prestação do Estado ou de associação com outras pessoas que tenham as mesmas necessidades.

Assim, falar em re-habilitar ou habilitar o indivíduo significa construir (reconstruir) o acesso real aos direitos de cidadania que é exercida por meio da conquista dos direitos sejam eles civis, políticos ou sociais. De acordo com Rotelli (1993) a ação habilitadora ou re-habilitadora deve consistir em que as pessoas sejam capazes de exercitarem seus direitos de forma plena e se, todavia não exercem ou perderam esta capacidade, as ações dos profissionais devem buscar intervir para o exercício de um direito que lhe foi negado ou que não está ainda aceito em condições reais.

O processo de reabilitação nessa compreensão trazida por Rotelli é um processo que engloba três aspectos fundamentais: a *modificação das legislações*, que no caso do Brasil podemos citar como avanço nesse processo a Lei 10.216; a *disponibilização efetiva de recursos* (casa, trabalho, dinheiro, etc.) e o direito reconhecido de acesso a eles; e por fim, a *formação*

e informação de qualquer usuário, ou seja, a possibilidade de expressar compreensivelmente os próprios pontos de vista, a educação, a autonomia, formação, etc.

Enfim, compartilhamos a formulação de Silva (2003) em que a idéia da Reabilitação Psicossocial que orienta o trabalho em saúde mental, deve enfocar as necessidades da clientela, tanto biológicas como materiais, psicológicas e sociais, como a alimentação, a habitação, a ocupação, o relacionamento, a auto-estima, a autonomia, os direitos e deveres civis.

Portanto vemos a necessidade de se construir práticas, que não se ocupem apenas do tratamento da dependência química, mas que se ocupem da promoção de saúde mental e da construção de cidadania, inventando novas formas de cuidado nos serviços territoriais substitutivos.

Barchizago (2007) ao discursar sobre o Núcleo de Atenção à Dependência Química – NADeQ do Serviço de Saúde Dr. Candido Ferreira, em Campinas, salientou a experiência que mostrou ser um eixo fortalecedor do processo de tratamento, o Grupo Informativo que se destina a informar aos usuários o que é dependência química, seus sintomas e o processo de tratamento. Propõe-se também a explicar sobre as possíveis intervenções de forma a esclarecer e desmistificar alguns fatos. A autora enfatiza que a informação acerca da problemática das substâncias psicoativas para os usuários do serviço, além de ser uma necessidade é um "dever" do profissional.

Os profissionais do CRATOD relataram a existência de um grupo semelhante na instituição, denominado Educação em Saúde:

> E2.41 "... nós fazemos também Educação em Saúde".

No grupo de Educação em Saúde, os usuários têm algumas aulas que além de enfatizar as regras institucionais, discorre sobre temas pertencentes ao campo das drogas como: os efeitos que provocam no organismo, recaídas, síndrome de abstinência e medicamentos:

> E3.47 "... tem aulas de Educação em Saúde que também enfatiza bastante as questões aqui da rotina, das regras, também de algumas inquietações dele, porque que recai

> muito, o que é um lapso, o que é uma recaída, o que é uma síndrome de abstinência, então nesse período que ele esta entrando no CRATOD ele tem todo esse acolhimento".

> E01.75 "... tem grupos de Educação em Saúde que fala mesmo da questão, porque gosta de vivenciar essa questão da droga do ponto de vista concreto, ele quer saber o que a droga faz no organismo dele, o que é uma doença, a dificuldade que ele tem de lidar, por exemplo, de uma forma saudável com o medicamento".

Nesta mesma lógica, foi citado pelos entrevistados o grupo de orientação que visa resolver algumas dificuldades apresentadas pelos usuários e tem o propósito de auxiliá-los a centrar-se nos atendimentos:

> E5.4 "o grupo de orientação praticamente é um grupo que visa organizar o paciente no atendimento, principalmente quando o paciente precisa de um atendimento de emergência, quando ele não esta bem, ele recorre ao grupo para ser reorientado, se é para ser atendido aqui ou se é necessário levar para um hospital, para algum um outro local, para quem esta com um problema de cartão, de perder cartão, de perder documentos, perdeu a hora, perdeu o grupo, teve alguma ocorrência, geralmente esse grupo, é um grupo que trabalha com uma equipe multiprofissional, então nós temos assim a intenção de ajudar o paciente a se centrar dentro do atendimento né? É um grupo mais estratégico".

O grupo de orientação objetiva também encaminhar aquele paciente que está "perdido" para o fluxo correto, ou seja, para o grupo de acolhidos ou ainda para o GAEP, conforme discurso:

> E3.24 "...orientação é uma sala que como o nome diz é para orientar pacientes que estão meio desorientados, fica um técnico responsável junto com a equipe de enfermagem (...) e a gente encaminha esses pacientes para o fluxo certo: ou grupo de acolhidos, ou o GAEP".

O GAEP é o grupo de apoio estratégico ao paciente, que pretende dar um apoio para os usuários que não estão aderidos ao tratamento, utilizando-se da técnica grupal que pode melhorar as orientações e esclarecimentos:

> E3.25 "...o GAEP que é grupo de atendimento específico para o paciente, um negócio assim".

> E6.4 “... um grupo que chama GAEP, que é um grupo de apoio estratégico ao paciente é aquele paciente que esta com dificuldade de aderência por algum motivo”.

Este grupo também busca estimular a participação e a responsabilização do sujeito no seu processo de recuperação, principalmente quando este só comparece à instituição para uma consulta ou outra:

> E4.17 [GAEP] “... é o grupo de apoio estratégico ao paciente que é para dar conta daquele paciente que esta perdido no tratamento, só vem a uma consulta ou outra. Então nós fazemos um grupo para reorientar esse paciente, que também não é fácil”.

O grupo é identificado como uma tentativa de reinserir o indivíduo no tratamento, avaliando conjuntamente a sua situação em relação à medicação e à avaliação do seu diagnóstico:

> E4.18 [GAEP] “...ele não esta fazendo o tratamento adequadamente, então nós inserimos ele nesse grupo para reforçar a importância de participar, para ver como é que esta a evolução da situação dele, para tentar junto com ele ver como é que esta essa medicação, se ele esta usando adequadamente, se não esta usando, se esta bem avaliado, se não esta bem avaliado, ele participa desse grupo durante algumas semanas até que ele realmente se insira novamente nas atividades, ai depois ele deixa de participar desse grupo, então é uma tentativa de reinseri-lo no tratamento”.

Considerando a clientela do CRATOD, devemos ressaltar que a equipe tem de exercitar a flexibilidade não somente para compreender o usuário, mas principalmente para intervir terapeuticamente na relação. As atividades em grupo tem sido úteis neste sentido, pois facilitam o espaço de troca.

O estar em grupo favorece a troca, na busca de maior solidariedade na convivência com as diferenças, procurando valorizar cada vez mais o indivíduo como um todo, com a potencialidade de cada sujeito (Zago; Ramos;Oki, 2001).

Entre os grupos citados pelos entrevistados, não foram mencionados os grupos de família e as assembléias, que são considerados fundamentais

frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade deste novo modelo de atenção. Acreditamos que seria necessária a implementação do grupo de família no serviço, pois apesar de grande parte da população atendida ser constituída por moradores de rua, há a população de adolescentes e de mulheres; e os familiares normalmente sofrem direta ou indiretamente com os problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

No que se refere às assembléias, estas são consideradas um importante instrumento dos CAPSsad; visto que propiciam um espaço de convivência que permite aos atores envolvidos: técnicos, usuários, familiares e outros convidados o exercício da democracia e da participação na discussão, avaliação dos problemas e elaboração coletiva dos encaminhamentos para o serviço (Ministério da Saúde, 2004a).

Para Bucher (1992) a drogadição corresponde a um fenômeno multifatorial e, portanto exige uma abordagem pluridisciplinar, seja no planejamento de um programa preventivo ou terapêutico. Toda abordagem unilateral, seja esta farmacológica, psiquiátrica ou psicopatológica é condenada ao fracasso, porque elege determinantes que obtém a sua configuração precisa somente pelas interações concretas que convergem no fenômeno chamado "problema das drogas". Neste sentido, o entrevistado demonstra o reconhecimento da dependência como um fator multideterminado:

> E9.11 "... o que eu vou colocar na obesidade acho que se aplica muito à questão das dependências, no meu modo de ver a obesidade, ela é um fator multideterminado, ela não é um problema médico, ela não é um problema orgânico somático, ela é um fator multideterminado".

Para Oliveira e Alessi (2003) na Reforma Psiquiátrica brasileira, o sujeito que em determinado momento de sua existência apresenta um sofrimento mental/emocional configura-se como um ser complexo, dinâmico e histórico, em oposição à doença mental limitada à interpretação médica, que se configurava como o modelo médico-psiquiátrico de intervenção. A essa mudança de concepção do indivíduo, novas estratégias de intervenção

e de projetos terapêuticos fizeram-se necessários. É nesse processo definido pela Reforma Psiquiátrica, que o trabalho em equipe adquire uma fundamental importância.

Um dos aspectos referenciado nas falas sobre o trabalho realizado no CRATOD é o trabalho em equipe, denominado por um dos entrevistados como multiprofissional:

> E6.5 [GAEP] "... o trabalho é feito por uma equipe multiprofissional".

Para um dos sujeitos da pesquisa, o trabalho em equipe multiprofissional é visto como positivo e bom, possibilitando ajuda mútua:

> E3.60 "...o trabalho multiprofissional é muito bom. Eu fui descobri aqui o que era realmente uma função do serviço social, então assim gostei bastante de ter uma equipe forte, de ter um problema social – serviço social, psicológico – pros psicólogos, psiquiatras, se precisar de uma intervenção mais de remédios ai tem o psiquiatra, tem os clínicos, tem a enfermaria, é você sempre ta conhecendo outras áreas é como se fossem muitas casas com um murinho bem baixo, é muito legal isso, eu gosto muito de trabalhar dessa forma, porque um ajuda o outro".

Por meio deste depoimento, verificamos como se dá o trabalho multidisciplinar, ou seja, as equipes trabalham com um conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma determinada questão, problema ou assunto, sem que os profissionais implicados estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico, é um sistema que funciona por meio da justaposição de disciplinas em um único nível, estando ausente uma cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares (Almeida filho, 2000).

No entanto, Saraceno (2001) afirma que a alta integração interna é considerada como característica de um bom serviço, em que a permeabilidade dos saberes e recursos prevalecem sobre a separação dos mesmos, ou seja, em que é adotado um estilo de trabalho com alto consumo afetivo, intelectual e organizativo.

No modelo da multidisciplinaridade, encontramos profissionais de saúde mental de todas as áreas, e o indivíduo é visto de forma fragmentada,

enquanto que na interdisciplinaridade, ocorre uma articulação das diferentes áreas do conhecimento em cada setor, reconhecendo, no entanto que nenhuma delas apresenta uma visão completa do indivíduo (Costa et al., 2001).

Esta articulação, troca de conhecimento e ações possibilita a distribuição de poder e de responsabilidade entre os membros da equipe, sem descaracterizar a especificidade do papel de cada um (Costa et al., 2001).

Para que as ações reabilitadoras sejam efetivas, se faz necessário pensar na interdisciplinaridade como um dispositivo, ao invés de se trabalhar com a multidisciplinaridade, que pressupõe um conjunto de agentes que operam parcelada e isoladamente os saberes e práticas.

Diante do exposto, acreditamos na possibilidade de que o discurso abaixo, esteja refletindo uma tentativa da equipe em lidar com as diferenças existentes entre os membros da mesma, objetivando uma reflexão a respeito do que acontece nos grupos atendidos por eles, inclusive no que se refere à participação destes como um grupo que propicie trocas, a princípio intelectual e organizativa:

> E11.32 "... a equipe ta tentando se ajeita, ta tentando ficar redondinha pra que haja um trabalho interessante, a gente sempre procura fazer um grupo de acolhidos, questionar a respeito, questionar a respeito da nossa participação enquanto grupo, enquanto equipe".

Hirdes (2001) aponta que esse momento reflexivo, muitas vezes, pode ser um passo inicial para que posteriormente se efetive como uma prática legítima. Para tanto, os conflitos e contradições que surgirem devem ser resolvidos pela via da argumentação lógica.

Para Ribeiro (2005) mesmo a interdisciplinaridade sendo visualizada como complementar ao conceito de Reabilitação Psicossocial, na prática, pode servir apenas para suprir uma necessidade, não sendo uma forma de integração de valores éticos norteadores de um novo paradigma. Pois, para que possamos avançar para o estabelecimento da interdisciplinaridade é necessário rever nossos conceitos, ideologias, teorias e concepções

metodológicas, visto que um estabelecimento pleno da interdisciplinaridade não é possível em um paradigma cartesiano.

Concordamos com a posição dos autores acima citados, ao declarar que os profissionais devem rever seus conceitos e realizar a articulação das diferentes áreas de conhecimento, pois não é possível construir um trabalho efetivo ao dependente de álcool e outras drogas, se não houver a participação de uma equipe que tenha afinidade e os mesmos objetivos. A fala abaixo parece demonstrar na prática, que a equipe esta tentando realizar o movimento de transição:

> E11.34 “Acho que pela primeira vez aqui eu consigo ter uma equipe com a qual eu me identifico sabe? Em matéria de você não fazer por fazer, mas fazer com um objetivo único: de reabilitação”.

Vale ressaltar que não existe interdisciplinaridade quando as relações de equipe ocorrem de forma vertical, em que alguns ordenam e outros aceitam, pois o determinante é o grau de respeito e de valorização das experiências e saberes de todos os componentes da equipe.

Na organização do trabalho institucional, a sexta feira é um dia exclusivo para as reuniões setoriais e gerais, as atividades são reduzidas e os atendimentos são limitados aos usuários do regime de tratamento intensivo:

> E6.6 “... na sexta a gente não tem atividade que é mais pra reunião, reunião setorial, geral”.

> E9.8 “Na sexta feira é um dia típico de reuniões das equipes todas aqui”.

> E4.10 “... eu organizo e coordeno as reuniões técnicas e gerais das sextas feiras, às sextas feiras nós temos as atividades reduzidas, então atendemos só os pacientes do intensivo para que a equipe possa se reunir”.

Nas reuniões gerais,segundo o entrevistado, os profissionais buscam uniformizar a fala dos trabalhadores da instituição:

> E4.24 [Reunião Geral] “É onde a gente tenta administrar e uniformizar a fala”.

O que a nosso ver é bastante positivo, pois não é possível construir um trabalho efetivo aos usuários de álcool e outras drogas, se não houver a participação de uma equipe que tenha este processo como um objeto comum.

Na perspectiva de trabalhar com a idéia de processo, a presença e a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos, seja no tratamento de cada usuário ou nas discussões das situações coletivas que envolvem desde as rotinas administrativas até os problemas detectados nos setores profissionais específicos, a comunicação torna-se um elemento fundamental para garantir o compromisso na realização do que é decidido neste espaço (Barição, 2001):

> E4.21 "...a reunião geral que é extensiva a todos os setores, onde a gente discute rotinas administrativas, de fluxo de paciente, problemas na recepção, problemas na enfermagem, então todos os setores colocam as suas dificuldades e a gente tenta administrar isso".

Os discursos informam que nas reuniões, também são discutidos os casos que apresentam um maior grau de dificuldade no manejo, os casos que foram admitidos na instituição durante a semana e as novas estratégias que poderão ser utilizadas no trabalho com os usuários do serviço:

> E4.20 "...sextas feiras tem as reuniões (...) com discussões de caso. Então são trazidos aqueles pacientes que foram admitidos no programa, aqueles que estão tendo algum comportamento inadequado ou que a equipe esta com dificuldade de lidar com ele, discutimos, tentamos ver onde a equipe esta falhando, tentamos outras estratégias com esses pacientes".

> E3.37 "...tem as reuniões de estudo de casos, conversa da equipe, reunião setorial de cada setor como o nome já diz, psicólogos, enfermeiros, essas coisas, e eu fico sozinho porque eu sou o único profissional da educação física".

As reuniões de equipe ou supervisão, que contam com momentos específicos de trocas de informações entre os profissionais são consideradas por Rosa (2001) como um dos mecanismos empregados nas experiências no interior do processo de Reforma Psiquiátrica. Neste contexto

de troca e apoio para as situações difíceis, que implicam em intensas pressões emocionais, cabe principalmente a partilha de sucessos e de construção de estratégias cotidianas que amenizem o sofrimento do profissional, quando estes encontram dificuldades para administrar um caso.

Concordamos com Cruz (2001) ao apontar que o atendimento a usuários de álcool e outras drogas, provavelmente seja aquele que conseqüentemente gera maior mobilização por parte do profissional que se encarrega do sujeito, independente da categoria profissional que esteja realizando o atendimento. Desta forma, as reuniões de equipe assumem um papel primordial.

Para que as práticas estejam de acordo com as diretrizes propostas pela Reforma Psiquiátrica brasileira, os profissionais da saúde necessitam refletir acerca do seu trabalho, articulando seus conhecimentos teóricos e suas práticas, para a produção de uma práxis transformadora. Neste sentido, as reuniões de equipe também objetivam, segundo depoimento, discutir sobre o modelo de Reabilitação Psicossocial:

> E01.52 "... a gente tem pelo menos um dia que a gente trabalha com os profissionais, que a gente vai lidar com essa questão que é inovação, nessa área de trabalhar com o modelo de reabilitação psicossocial e que eu acho que é mais desenvolvido ainda".

Lembramos que para Saraceno (1997), os elementos (variáveis) que têm um papel determinante na evolução de uma enfermidade mental são muitos e estão correlacionados entre si. Dentre estas variáveis, há aquelas tradicionalmente entendidas como fundamentais para a determinação da evolução e das intervenções que definirão o tratamento. Tendo em vista que os tratamentos são todos iguais: psicoterapia, que tem definido seu campo e suas técnicas e os fármacos, que são utilizados de forma semelhante em todas as partes do mundo, a outra variável reside no tipo de serviço que atende o usuário. Considerando que os tratamentos, as técnicas e os modelos são iguais, onde está a variável? A variável não está no tratamento, nem no paciente estando, portanto, na organização do serviço, visto que a

mesma psicoterapia e a mesma terapia farmacológica têm resultados totalmente diferentes segundo o serviço.

Diante do exposto, torna-se imperativo que os profissionais avaliem a organização do CRATOD, no sentido de possibilitar a Reabilitação Psicossocial dos usuários deste serviço.

4.3.2 Projeto terapêutico individual

Conforme coloca Furtado (2001) o atual modelo de atenção em saúde mental tem como tripé de sustentação: a particularização da atenção aos usuários do serviço, intervenções que devem ser centradas nas demandas dos usuários e o estímulo ao vínculo entre o usuário e os membros da equipe. Este modelo é efetivado por meio do projeto terapêutico individual (PTI) do usuário do serviço, que passou a ser primordial no processo de Reabilitação Psicossocial dos sujeitos que fazem uso abusivo de álcool e/ou outras drogas.

O objetivo principal do PTI, segundo Furtado (2001) é particularizar a atenção oferecida aos usuários, contrapondo-se à tradicional massificação de planos e ações, que organizavam os hospitais psiquiátricos. Chama-nos a atenção o fato de somente dois entrevistados referir-se à realização do PTI:

> E8.28 "... vamos fazer um projeto terapêutico com ele, depois da entrevista, a gente vai ver como é que ele esta, tal e vamos apresentar o que a gente disponibiliza e ele vai escolher, e a gente então faz, fecha um projeto terapêutico com ele".

> E01.46 "... a gente tem um projeto que é construído a partir do acolhimento, a partir do que ele chega, a gente tem um dia formal em que a gente recebe a pessoa e a pessoa se apropria do que ela vem fazer aqui. E todos esses projetos são construídos com ele, é feito constantemente, é renovado constantemente porque às vezes a pessoa vem com aquela ambivalência do usuário de drogas e nem sempre ela esta, ou tem motivação suficiente, ou pensa que tem, eles esperam que a gente de uma solução mágica para a questão dela e na verdade a gente explica que a

> recuperação tem que ser uma coisa que é construída conjuntamente com o paciente e com a equipe técnica".

Conforme pudemos apreender nos discursos dos entrevistados a construção do projeto terapêutico individual privilegia intervenções de natureza essencialmente clínica, em que os usuários vão escolher quais as atividades, dentre as oferecidas pela instituição, irão participar e que, geralmente parecem estar voltadas para a estabilidade e organização psíquica, sem levar em conta o aspecto global da dependência química.

Ao reconhecermos os usuários de álcool e outras drogas em suas diferenças e singularidades, rompendo com a crença de que todos os usuários são iguais, rompemos também com as expectativas de um tratamento mágico, milagroso, desacreditando na existência de respostas para todas as perguntas, das soluções perfeitas e completas para a solução de todos os problemas.

Vale ressaltar ao fim desta análise que a Reabilitação Psicossocial não se resume a técnicas específicas para populações específicas, mas de uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, delicada e complexa de cuidados para indivíduos vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitem de cuidados igualmente complexos e delicados (Pitta, 2001).

4.3.2 Dificuldades

Para a promoção da Reabilitação Psicossocial dos usuários do CRATOD, foram assinalados, por meio dos discursos dos entrevistados, muitos elementos limitadores deste processo.

Dentre as várias dificuldades citadas pelos sujeitos deste estudo, para a efetivação das intervenções que objetivam a Reabilitação Psicossocial dos usuários de álcool/drogas, uma das mais mencionadas se refere ao eixo do trabalho:

> E10.11 "... a população que a gente atende está fora do mercado de trabalho a muito tempo por causa do uso de

> substância e a faixa etária que chega pra gente na sua grande maioria, é em torno dos quarenta anos ou mais do que isso".

A população atendida pelo CRATOD, assim como os usuários de saúde mental, normalmente se encontram fora do mercado de trabalho a um tempo considerável, devido à própria sintomatologia da doença, ao preconceito da sociedade e ao próprio uso da substância, encontrando-se em grande desvantagem no mercado de trabalho por não cumprirem os requisitos mínimos que o mercado exige, nem o perfil profissional que buscam os empregadores.

Nesta perspectiva, a discussão das oficinas geradoras de renda e as iniciativas que buscam garantir trabalho para pessoas com transtornos mentais graves e para os dependentes químicos aparecem com freqüência no cotidiano dos profissionais que trabalham com esta população. Auxiliar estes indivíduos a obter trabalho – um meio de sustento e/ou um meio de auto realização e reinserção social é um dos grandes desafios que se tornou parte das tarefas dos trabalhadores em saúde mental.

No entanto, o próprio entrevistado afirma que não é uma função da instituição o desenvolvimento do trabalho, nesta visão, a instituição deve dar condições para que o sujeito busque um trabalho, ficando a cargo de outras instituições o desenvolvimento de ações relacionadas às políticas de inclusão social pelo trabalho:

> E01.82 "... a principal função nossa não é o desenvolvimento do trabalho, mas é dar condições para que os usuários possam desenvolver essa condição, a gente até prefere que outras políticas sejam incubadoras desse tipo de necessidades".

Neste sentido, corroboramos com a afirmação de Viana e Barros (2002) de que a Reabilitação Psicossocial passa obrigatoriamente pela questão do trabalho, pois apenas dessa forma é possível buscar "romper com um imaginário social que exclui o louco porque ele não produz, não participa e, portanto, não pode ter voz e nem direitos" (p. 89).

Apesar do reconhecimento de que o trabalho é um dos aspectos importantes para a Reabilitação Psicossocial, os profissionais parecem sentir-se impotentes para encaminhar esta questão:

> E11.58 [Dificuldades] "... a falta de renda é uma coisa que interfere muito, dificuldades a nível social, dificuldade de conseguir trabalho. Eu acho que são fatores que interferem bastante na reabilitação".

Nesta direção, as frases indicam que os profissionais reconhecem a inviabilidade destes sujeitos estarem no mercado de trabalho, destarte referem-se à improdutividade, não apenas para os dependentes químicos mas também para a população que se encontra em uma situação de desemprego de longa duração e à idade avançada dos usuários, que para o mercado de trabalho são considerados "velhos", dentre outros fatores:

> E10.12 "Então pra você devolver essa pessoa pro mercado de trabalho depois que ela já ta sem trabalha a um tempão... e nessa idade é complicado".

> E10.14 "Porque é muito difícil nessa idade arrumar emprego até pra quem tem uma formação boa. Imagina pra eles que já abandonaram os estudos às vezes no primeiro grau".

Por fim, conseguir um posto de trabalho parece ser uma tarefa não muito fácil neste mundo globalizado principalmente quando as exigências do mercado são cada vez maiores. Se para os que são considerados "normais" já é uma tarefa que exige muitas competências, para os portadores de sofrimento mental torna-se uma dificuldade maior.

Filho e Amim (2000) colocam ainda, que a reintegração de um paciente ao trabalho dependerá sempre mais das conjunturas políticas e econômicas visto que o índice de desemprego tende a crescer no mundo como um todo e consequentemente o mercado de trabalho tenderá a ser mais seletivo.

Outro empecilho apreendido no discurso relaciona-se à falta de psiquiatras no próprio serviço e também na rede de serviços:

> E4.53 "... hoje é uma realidade que não existe psiquiatras na rede, nós temos aqui, sofremos a perda de vários psiquiatras que se aposentaram, o estado não repõe".

A falta de psiquiatras, segundo dicção, ocorre devido à não reposição dos profissionais que se aposentaram e principalmente porque o salário é considerado baixo, fazendo com que não haja interessados em participar do concurso público:

> E4.54 “Mesmo quando a gente tenta abrir concurso público não há interessados porque o salário é baixo”.

Logo, o número de psiquiatras atuantes no serviço é pequeno, o que pode comprometer a qualidade do atendimento, bem como para a equipe, no sentido de sobrecarregar os psiquiatras atuantes:

> E4.55 “Quando nós começamos aqui nós tínhamos mais de nove psiquiatras hoje nós temos quatro psiquiatras, fora os diretores”.

Os discursos também revelaram dificuldades significativas para a articulação da rede dos serviços de saúde. Embora reconheçam a importância do trabalho em rede, os profissionais parecem não conseguir atingir esse objetivo e mencionam como uma das dificuldades a rede existir formalmente e não ser efetivada na prática diária:

> E4.56 [dificuldades] “ é a rede, a rede desarticulada, nós tentamos trazer os atores da rede para a gente discutir, para a gente fazer parcerias, mas a rede se constrói muito lentamente”.

> E5.44 “... é muito caótico nesse status geral de uma rede que existe formalmente, mas na pratica ela é difícil, ela não é executada como deveria ser. Porque a rede tem que ser algo mais profundo, você tem que construir uma rede de solidariedade, de atendimento, de profissionalismo”.

Segundo o Ministério da Saúde (2004a), a constituição de uma rede de serviços estabelecidos no território é condição fundamental à potencialização das equipes de saúde nos cuidados e na Reabilitação Psicossocial da população com sofrimento mental. Nesse sentido, orienta a articulação de uma rede composta por: todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais

(moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (dinheiro, previdência, etc.), culturais, religiosos e de lazer" (p.11).

Conforme o Ministério da Saúde (2007), somente a rede com seu potencial de construção coletiva de soluções é capaz de fazer face à complexidade das demandas e de garantir a resolutividade, promovendo a autonomia e a cidadania das pessoas com transtornos mentais. A rede de saúde mental, nessa perspectiva, deve ser complexa, diversificada, de base territorial e deve constituir-se como um conjunto vivo e concreto de referencias para o usuário dos serviços.

Nesse sentido, coloca-se a importância da articulação com outros setores da sociedade para a elaboração conjunta de políticas públicas de natureza intersetorial que possam oferecer respostas à complexidade de necessidades dessa população.

> E5.40 "As maiores dificuldades são de cunho extremamente social, cultural, econômico, acho que é uma coisa muito geral e muito profunda ao mesmo tempo".

Essa preocupação da articulação em rede aparece nos discursos como uma necessidade à estratégia da Reabilitação Psicossocial, que entretanto, não acontece no cotidiano do serviço:

> E4.58 [dificuldades] "... tem que ter vontade política, tem que ter investimento e... a gente não vê muito isso acontecer, então essa é a maior dificuldade trabalhar com dependência química e devolver ele para a mesma rede que ele fazia parte, sem moradia, sem oportunidade de emprego, sem uma capacitação adequada".

Sendo assim, para efetivar a Reabilitação Psicossocial torna-se fundamental a elaboração de políticas públicas que possibilitem aos sujeitos o acesso aos bens necessários à sua qualidade de vida. Entretanto, essas políticas assistenciais paradoxalmente tem por finalidade última a manutenção da ordem social e portanto são dependentes da necessidade do Estado em garantir a ideologia dominante e o modo de produção hegemônico.

O Estado capitalista tem como função diminuir os conflitos entre as classes sociais e, também, compensar os custos e os efeitos perversos ocasionados pelo acúmulo do capital. A um conjunto de medidas adotadas com essa finalidade é dado o nome de Políticas Sociais, que visam minimizar as conseqüências de outras políticas necessárias a esta acumulação (Silva, Barros, Oliveira, 2002).

Nos discursos abaixo, percebemos a preocupação com os aspectos macro-sociais que determinam também a eficácia do tratamento para além do contexto institucional. Contudo, esses aspectos são considerados obstáculos que causam certa impotência uma vez que se referem ao sistema social:

> E5.41 [Dificuldades] "É ele ter um atendimento aqui e não ter uma contenção social que permita que este tratamento vá se estabelecendo, vá se consolidando, então a gente tem muitos problemas, com quem é morador de rua, a gente tem muito problema com quem mora em albergue, isso dificulta muito o tratamento e ao mesmo tempo eu acho complexo (...) é muito difícil falar: olha tem que vir aqui se tratar, e vai se tratar independente do resto porque eu acho que o trabalho que nós fazemos, o nosso tratamento, ele tem que ter um outro contexto também lá fora que acolha e que dê suporte".

> E11.57 " ...acho que as maiores dificuldades estão ligadas ao sistema como um todo".

Neste sentido, concordamos com Filho e Amim (2000) quando postula que se a qualidade de vida do sujeito estiver ligada a questões como: moradia, alimentação, transporte, dependerá mais das estruturas econômicas e políticas do que do programa de reabilitação em si. Se por outro lado, estiver ligada ao estigma social ao qual o louco/dependente químico é submetido, a reabilitação se fundamentará em conceitos éticos: a defesa da cidadania, o respeito social à diferença do louco ou da opção do dependente químico, o desenvolvimento de um suporte de atendimento à família e à comunidade buscando esclarecer e melhorar a relação família/usuário e contexto social, ampliar as condições de exercício de sua condição de sujeito social.

De acordo com Silva (2003) os defensores da Reabilitação Psicossocial advogam a articulação de esforços intersetoriais que atendam às necessidades identificadas e à ampliação da vontade política como área do conhecimento a ser recorrida na elaboração de estratégias para a superação do modelo manicomial.

As dificuldades para a reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas, também são atribuídas principalmente ao fato do individuo não conseguir ficar abstinente:

> E6.31 [Dificuldades] "... eles manterem a abstinência, isso é uma coisa que a equipe tem muita dificuldade assim em conseguir, essa dificuldade é bem grande quando não se consegue essa abstinência, então ele esta indo, esta bem, esta tendo o maior sucesso, a medicação ficou perfeita, redonda, de repente ele chega carregado e vai para a observação, ele perdeu tudo, começa de novo, sai do semi intensivo, volta pro intensivo".

Corroborando com Santos (2007) ao afirmar que a fala dos trabalhadores da saúde recai na crença de que se o sujeito voltou a usar álcool e/ou drogas o tratamento fracassou, o que não deixa de marcar a representação que estes têm do tratamento.

O tratamento para o dependente químico, na maioria das vezes, estabelece uma ligação com o discurso da abstinência, na medida em que o tratamento atribui ao abandono prévio do uso da droga a solução para esta problemática.

Nesta perspectiva, O´Hare (1994) aponta o pensamento dos profissionais de saúde ao acreditarem que seria mais adequado os dependentes químicos interromperem inteiramente o consumo do álcool e/ou drogas, contudo é primordial o reconhecimento de que este consumo é algo imbricado às suas características de vida, portanto, os profissionais podem ajudar estas pessoas a evitar as conseqüências mais danosas deste consumo, principalmente para a sua saúde.

Ainda, Bucher (1992) alerta que pregar a eliminação das drogas da vida social é ingenuidade. Trata-se de reduzir os seus estragos, quer das ilícitas ou das lícitas. Proibi-las seja pela repressão ou pela condenação

moralista não produz efeitos positivos, pois as drogas fazem parte da vida, inclusive das suas dimensões de valor, como o prazer, o lazer e o belo. As drogas não dão um sentido à vida, mas podem realçar o sentido que cada sujeito consegue criar para si.

Neste sentido, a proposta da RD reconhece que os indivíduos continuarão a utilizar substâncias psicoativas, como sempre o fizeram ao longo da história da humanidade, portanto, ao aceitar esta realidade a RD tenta minimizar o dano provocado, tanto para o indivíduo consumidor como para o conjunto da sociedade (O´Hare, 1994).

Assim, a RD se apresenta como um caminho, um método, que não exclui os outros e, que está vinculado à direção do tratamento, que significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que se trata, por meio de estabelecimento de vínculo com o profissional que também passa a ser co-responsável pelos caminhos a serem construídos na vida do usuário e, mais pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (Oliveira, 2008).

Prosseguindo, a falta de adesão ao tratamento foi indicada como outro obstáculo para a reabilitação desta população:

> E3.51 [dificuldades]"...problema deles não aderirem muito ao tratamento".

Sendo confirmado por Costa (2000), um dos maiores problemas enfrentado pelos profissionais envolvidos no tratamento de usuários de drogas se refere ao abandono do tratamento.

Ressaltamos que Santos (2007) formula a hipótese de que o abandono do tratamento, muitas vezes se dá devido à retomada do uso do álcool ou outras drogas, porque assumir que estão fazendo uso destas substâncias parece contrário ao que a instituição propôs como meta a ser alcançada – a abstinência.

Para Bucher (1992) o fenômeno do consumo e da dependência de drogas, simplesmente pelo fato de ser uma prática humana, antes de ser um problema farmacológico, policial ou psiquiátrico, necessita de uma

abordagem multidimensional, para que se chegue a uma compreensão global que desemboque em ações acuradas dentre os diversos usuários.

Condenar e rejeitar o dependente de álcool/drogas como marginal, é fruto de preconceitos ou pressuposições moralistas acerca do livre-arbítrio, do "esforço de boa vontade", da fraqueza do caráter, da rebeldia delinqüente, da preguiça. Identificamos nos relatos, que os profissionais reconhecem que esta representação dominante está presente não apenas na sociedade, como nos próprios profissionais:

> E8.64 "A outra dificuldade que eu vejo é a visão do todo da sociedade do estigma que o álcool e drogas coloca".

> E9.24 [dificuldade] "... nós vivemos numa sociedade que é uma sociedade extremamente preconceituosa e eu sou produto dessa sociedade, eu carrego o preconceito comigo e muitas vezes não me dou conta disto. Nós temos que aumentar a consciência de que nós somos o produto da sociedade e que nós carregamos estes preconceitos conosco, então se a gente conseguir perceber esse preconceito a gente pode fazer com que ele atue menos, prejudique menos, eu acho que essa é uma grande dificuldade".

No discurso acima, o próprio entrevistado coloca que se o profissional não conseguir identificar o preconceito existente para com os usuários de álcool e drogas, tenderá a marginalizar e excluir esta população, discriminando-a no próprio serviço. Santos, Caraciolo, Adão (2007) consideram que é pré requisito dos profissionais que trabalham com esta população, atendê-los sem julgamentos e imposições. O respeito à situação de vida, a isenção de julgamentos e, sobretudo a garantia de confidencialidade proporciona o estabelecimento de vínculo, portanto, despir-se do preconceito possibilita ao profissional compreender estes usuários de forma mais ampla e humana.

Uma das últimas dificuldades citadas, diz respeito ao atendimento dos adolescentes:

> E3.52 [dificuldades] "...em relação aos adolescentes (...) vejo uma dificuldade muito grande da gente entrar melhor com esse grupo, a gente faz um tratamento, um atendimento até que bom com o adolescente, mas podia ser melhor, eu tenho essa dificuldade muito grande".

Segundo dicção não há uma articulação adequada e favorável entre a Fundação Casa, que encaminha estes usuários, e o serviço:

> E3.53 [Solução para o tratamento dos adolescentes] "...uma comunicação agradável entre CRATOD e Fundação Casa (...) A Fundação Casa e o CRATOD o link não é tão bom".

Além da articulação inadequada entre as instituições, citada pelo entrevistado, Cruz e Ferreira (2001) lembram que os profissionais que atendem os usuários de álcool e outras drogas encontram muitas dificuldades em encaixá-los como usuários dos serviços de saúde, de assistência social, da justiça e, no entanto, na maioria das vezes estes sujeitos apresentam problemas de saúde, de segurança, criminais e necessidades de assistência social simultaneamente.

O entrevistado ainda afirma que os setores relacionados à educação, saúde e judiciário deveriam realizar um trabalho intersetorial, no sentido de integrar as várias visões existentes a respeito do dependente químico:

> E3.58 "...eu acho que setor de educação, saúde, judiciário tinham que andar junto em relação à droga. Eu vejo um marginal como um marginal, o outro vai ver o marginal como um doente e o outro vai ver o marginal como um problema social. Não, acho que tudo dava para trabalhar junto e é isso que eu não vejo".

Corroborando com o Ministério da Saúde (2004c, p.36) ao apontar que:

> As questões relacionadas às drogas, pela sua complexidade, reclamam ações coordenadas em vários campos, exigindo a atuação conjunta das políticas governamentais de saúde, justiça, educação, direitos humanos, trabalho, comunicação e cidadania nesta área.

No entanto, Santos (2007) aponta que, atualmente, a Saúde permanece muito solitária diante dos seus primeiros passos na criação de parcerias com os outros setores da sociedade: justiça, educação, assistência social e habitação.

4.3.3 Facilidades

Com relação às possibilidades para a Reabilitação Psicossocial dos usuários do CRATOD, não foram identificadas na análise muitos fatores de favorecimento. As possibilidades apontadas referem-se ao atendimento da população de rua que vive em situação de vulnerabilidade e, geralmente, tem dificuldades de acesso a outros serviços além do CRATOD:

> E5.48: "...eu não vejo muitos outros detalhes aqui de favorecimento quando as pessoas estão em situação de rua, sem trabalho".

> E5.45 [Atendimento aos moradores de rua] "Favorável é o nosso trabalho (...) porque as pessoas tem nos procurado porque tem muitos lugares que não estão oferecendo tratamento, eles fazem muito essa distinção".

> E11.63 [Facilidade] "... é a oportunidade que a gente tem de valorizar o ser humano, acho que isso é uma coisa que impulsiona pra frente todas as coisas, a possibilidade que o ser humano tem de criação, de desenvolvimento, a possibilidade que ele tem de expressão".

Outra facilidade apontada pelos entrevistados se refere à preparação pessoal do profissional que trabalha com os usuários de álcool e outras drogas no sentido deste gostar da área que trabalha:

> E9.26 [facilidades] "... depende muito da preparação pessoal, acho que uma facilidade assim é você trabalhar numa coisa que você goste".

> E7.6 "... eu digo até que em álcool e droga existe uma seleção natural, se o indivíduo não tiver esse dom ele não consegue trabalhar aqui dentro".

Diante do exposto percebe-se que para os profissionais, sujeitos deste estudo, a Reabilitação Psicossocial está pautada, ainda, como uma estratégia de difícil realização, uma vez que não foi possível depreender das

entrevistas trechos que pudessem retratar as facilidades para seu desenvolvimento no serviço.

4.3.4 Concepção sobre os usuários de substâncias psicoativas

A concepção que os trabalhadores trazem acerca do dependente químico, influenciará a forma pela qual este se relacionará com o mesmo. Esse discurso valoriza a responsabilização do sujeito que faz uso de álcool/drogas como um protagonista:

> E11.21 "... eu particularmente acredito que é a própria pessoa quem tem que sair daquela situação, quem tem que resolver aquilo, eu não me canso, por exemplo, não me sinto impotente diante do trabalho com o dependente químico apesar de ser uma coisa muito difícil porque eu coloco a responsabilidade na pessoa que vem pro tratamento, é ele que tem que resolver, a gente ta junto, a gente oferece – ó estamos junto com você, venha até nós, compartilhe as dificuldades que a gente vai ajudar, agora é você quem tá sentindo, e que você, quer dizer o poder tá na sua mão".

O discurso encontra ressonância na literatura, quando autores como Bucher (1992) afirmam que é essencial, na abordagem clínica do dependente químico, ater-se à idéia do mesmo ser capaz de responsabilizar-se pelos próprios atos, pois sem essa premissa, conseguiremos um adestramento ou condicionamento do mesmo.

Em oposição, quando se entende que o usuário de substâncias psicoativas reproduz a sua dependência querendo que os profissionais façam por eles, encontramos latente a visão de que o indivíduo possui uma deficiência:

> E8.62 "... eles queriam que nós fizéssemos por eles, então reproduz a questão da dependência, ai toca trabalhar toda essa questão".

A visão deficitária que a medicina mantém a respeito do "doente mental", do perverso ou do dependente químico, não se atenta para a originalidade de sua organização de vida, sua procura alternativa, seu desejo de mudança, os sonhos que parcialmente realiza. Assim, a

dependência química deve ser entendida como uma estratégia de vida que detém características próprias, atraentes, sedutoras, desafiantes e também aniquiladoras (Bucher, 1992).

Quando acreditamos que o usuário de álcool e outras drogas apresenta uma deficiência, um "menos" acreditamos, também, que este necessita de tutela, vigilância ou repressão, o que é confirmado no depoimento abaixo, quando o entrevistado narra que a cozinha é um lugar que traz alta periculosidade aos usuários de álcool/drogas:

> E2.22 "... na primeira fase, o intensivo, eles ainda tão fazendo uso de álcool, fazendo uso de drogas e a cozinha é um lugar que requer um pouco de cuidado porque lá tem faca, lá tem água quente, essas coisas, então já não é assim muito propício".

Neste sentido, Bucher (1992) afirma que esta visão deficitária é contraproducente quando se trabalha com dependentes de álcool/drogas, visto que não auxilia na compreensão do caso e não oferece instrumentos terapêuticos alternativos às medidas repressivas. Segundo Bucher (1992), a experiência clínica ensina que a pessoa dependente de drogas/álcool não é "menos", não é incompetente nesta ou naquela área, não é deficiente ou mesmo "irrecuperável", o que ela ensina é que a dependência de substâncias psicoativas corresponde a uma possibilidade humana, enquanto extremo dos processos de dependência que todo ser humano passa durante o seu amadurecimento, que o dependente químico, mesmo o mais decadente, continua detendo competências humanas, simbólicas, adaptativas e interpretativas, embora sendo um ser humano *diferente*, não no sentido de uma diferença de qualidade, mas de uma diferença em conseqüência das opções que a vida o levou a efetuar.

Logo, é primordial que encontremos respostas mais adequadas para as diversas facetas que o fenômeno social da dependência química apresenta, para tanto podemos nos utilizar dos resultados das pesquisas e investigações das diferentes áreas científicas, caso contrário, acabaremos por recorrer à resposta mais antiga que a sociedade moderna tem encontrado, a saber, a resposta repressiva, que se orienta por um modelo

jurídico-moral. Desde o século XIX, onde quer que ocorrências do consumo de drogas se manifestem, os seus usuários são remetidos ao cárcere, senão ao manicômio. Quando transformamos as situações de consumo flagradas em meras ocorrências policiais, sem consideração pelas suas raízes e razões, pelas suas implicações psicossociais ou simplesmente humanas, a repressão cega encontra um campo fértil para atuações indiscriminadas por meio da violência policial, do peso esmagador do judiciário ou ainda psiquiátrico, das condições desumanas de detenção, do estigma social e da marginalização que marca estes usuários (Bucher, 1992).

Porém, em estudos recentes, Vargas e Luis (2008) identificaram nas falas dos sujeitos a influência do modelo moral na concepção do usuário de álcool, atribuindo seu problema à falta de vontade em parar de beber e que são pessimistas em relação ao prognóstico do alcoolismo julgando haver pouca probabilidade de recuperação

Caraciolo (2007) ao abordar o perfil dos usuários de drogas, coloca que embora não exista uma personalidade típica, é possível dizer que apresentam características comuns. Em geral, estes sujeitos expressam uma estrutura psíquica muito frágil, por vezes imatura, difícil de ser trabalhada e compreendida. Normalmente são influenciáveis, insatisfeitos com o mundo e sem identidade real. Freqüentemente têm baixa tolerância à frustração e à dor, e o imediatismo é característica habitual desta população. Assim como na literatura científica, a concepção do entrevistado afirma que o dependente químico possui um pensamento mágico, um imediatismo manifesto e baixa tolerância à frustração; características evidentes e comuns a esta população:

> E7.3 “O paciente aqui tem um pensamento muito mágico, ele quer uma coisa para amanhã, ele é muito imediatista, a frustração dele é muito grande assim perante a vida e ele não busca as alternativas, então uma das nossas condições é não incentivar esse lado messiânico do tratamento (...) ele precisa buscar novas alternativas e que ele trabalhe, ele lute, se dedique enfim”.

No entanto, acreditamos que não se pode afirmar que o sujeito usuário de drogas não busca alternativas conforme depoimento acima, pois

a própria busca pela droga, de fato, por intermédio dos seus "benefícios", vem suprir necessidades muito inerentes ao ser humano. As alterações de estado de consciência proporcionadas pela substância química permitem que o usuário transite, sem dor e sem espera, de uma condição indesejável (de insegurança, angústia, desespero, vazio existencial, limitação) para uma condição melhor, apesar de fictícia ou efêmera, portanto, sem julgamentos morais, pode ser considerada uma busca de alternativa para este sujeito. Conforme já dizia Freud em 1929 (O mal estar da civilização), a droga é um "quebra-desgosto", que foi colocado pela natureza à disposição do homem para que este possa se consolar pelos seus sofrimentos, frustrações e para que momentaneamente se recupere dos seus fracassos. Para o autor, a droga pode ser considerada como uma das "técnicas de defesa contra o sofrimento", ou contra a infelicidade.

Pois, conforme postula Bucher (1992) na raiz do uso de álcool e/ou drogas está o prazer, portanto, se não há prazer não há consumo, não há drogadição. Daí a força da substância química, seu fascínio e também o grande complicador inicial da questão.

Nesta concepção, o usuário que faz uso de álcool/drogas é percebido como um indivíduo ambíguo e manipulador:

> E4.25 "...a gente sabe também que esses pacientes são muito ambíguos e usam de muita manipulação".

Entretanto, esta ambigüidade para Bucher (1992) é vista como uma instabilidade do dependente químico devendo ser respeitada por fazer parte da ambigüidade de sentimentos que este apresenta, não podendo ser atacada ou ainda aproveitada para querer convencer o sujeito da necessidade de tratamento, caso contrário, ele se afastará com um renovado sentimento de rejeição e exclusão, que será prontamente usado por ele para justificar e alimentar sua marginalização e seu isolamento.

Para outro profissional, o usuário de álcool e outras drogas é compreendido como um indivíduo que apresenta dificuldades para lidar com situações conflituosas, e acaba por sucumbir às pressões da realidade:

> E11.36 "... eu acredito que o dependente químico, como o louco entre aspas, como qualquer pessoa que tenha um problema, eles são porta voz de uma situação de conflito, situações de desafio e por assumir mais coisa do que poderiam, eles acabam tendo dificuldades e acabam assumindo provisoriamente o papel de bode expiatório".

O que é afirmado por Bucher (1992) ao postular que tanto a loucura, quanto a dependência química correspondem a formas de evitar a infelicidade e a pressão da realidade, de fugir dela, de "inventar" alterações psíquicas que se juntam com os próprios desejos do sujeito.

Destarte, tanto a psicose quanto a dependência química, sofrem um ostracismo marcado pela parte da sociedade "bem pensante" e iniciam, a partir de danos precoces explicados conforme as linhas teóricas, carreiras de marginalização que levam a cronificações ou "psiquiatrizações" muitas vezes irreversíveis, ambas estão fora dos circuitos da "funcionalidade oficial" e contrariam o planejamento social efetuado pelos agentes oficiais: família, escola, instituições estaduais, empregadores (Bucher, 1992).

Prosseguindo, segundo Bucher (1992) o dependente químico, enquanto sujeito ativo fez opções diferentes opondo-se às normas e convenções sociais – não por não entendê-las, mas por não aceitá-las, sentindo-se conflitante a seu respeito; não podendo e não desejando se adaptar ao *status quo* da sua sociedade, enquanto um funcionamento que lhe parece vazio, hipócrita, nivelador ou demasiadamente normativo, a ponto de sufocar as expressões subjetivas e a busca de modos alternativos de vida. Esta concepção pode ser depreendida no discurso abaixo:

> E11.61 "... normalmente eles vem pra cá e dizem eu estou aqui porque o sistema é muito caótico e isso me afeta e eu não tenho solução pra isso e ai eu acabo fugindo de maneira inadequada, com álcool e drogas e coisas desse tipo, a maioria, noventa por cento são assim".

Dentro do panorama global do uso e abuso de drogas nas sociedades modernas, o consumo de drogas faz parte do contexto global da subnutrição, da falta de infra-estrutura sanitária e habitacional, do desemprego que, no Brasil como em outros países periféricos, mergulham

amplas faixas da população na miséria. Portanto, o consumo de drogas, não pode ser considerado como um fator isolado (Bucher, 1992). Esse discurso legitima os conflitos sociais que cercam o sujeito que faz uso de álcool/drogas:

> E11.59 "... as pessoas que normalmente vem pra um tratamento de dependência química, pela minha observação são pessoas que são perceptivas ao extremo, sensíveis ao extremo, absorvem os conflitos gerais, sociais, familiares e acabam não agüentando em virtude de toda crise".

Ainda, nesta outra percepção o indivíduo que faz uso de substâncias psicoativas, tem recaídas devido a uma série de injustiças que ocorrem em torno de suas vidas:

> E11.60 "... é muito comum a gente receber pessoas aqui que vem pro tratamento, que tem recaída por series de injustiças que eles percebem ao redor deles".

Neste contexto, a recaída deve ser vista como uma possibilidade de examinar, junto com o usuário, a maneira pela qual ele torna-se incapaz de lidar com situações geradoras de ansiedade, stress e desejo de usar álcool/drogas. Ainda, a recaída deve ser entendida como um modo de aprendizagem que concerne ao processo de recuperação (Marlatt, 1993).

Para Gonçalves (1982) o dependente químico é detentor de um conhecimento diferenciado que o destaca como um cidadão à parte, que contesta os padrões da sociedade na qual está inserido, possuindo características próprias, sua moda, sua música, sua arte, sua filosofia de vida, seus valores, suas técnicas, sua hierarquia, seus ritos, sua linguagem enfim seu modo de viver. Para o entrevistado, o usuário de álcool e outras drogas é visto como possuidor de um saber:

> E2.42 "... o saber eles tem, mesmo que não seja como o nosso (pacientes)".

Nesta lógica, a droga não é apenas uma substância farmacológica que suscita efeitos psicopatológicos observáveis, pois é em seus efeitos subjetivos, visto que o dependente químico é um sujeito com todas as suas singularidades históricas, seus desejos conscientes e inconscientes, que a

droga adquire o papel de um “objeto maravilha” que desloca os limites humanos, prometendo e proporcionando “algo mais”, inacessível para o mundo dos mortais (Bucher, 1992).

Finalizando, o usuário de substâncias psicoativas impulsionado por desejos contraditórios e destrutivos, continua acima de tudo um ser humano à busca de sua unidade, do seu sentido, do seu “além”.

Consideramos inegável a dificuldade de se trabalhar com os dependentes químicos exatamente por ser um campo que necessita de abordagens múltiplas. Neste sentido, o atendimento aos usuários de drogas, envolve variados problemas, de ordem biológica e médica, psicológica, social, jurídica e ética. É praticamente impossível unir todas estas dimensões em uma única abordagem. Conforme as premissas de cada uma acabam-se elegendo um ou outro aspecto e deixando de lado alguns destes aspectos, com isso o trato terapêutico das dependências, acaba se tornando freqüentemente unilateral. Como não se pode trabalhar com uma abordagem que integre todas estas dimensões, os profissionais envolvidos com esta população devem estar cônscios da sua complexidade e recusar-se a praticar intervenções demasiadamente reducionistas, por respeito à responsabilidade ética presente em qualquer que seja a forma de atendimento (Bucher, 1992).

No entanto, manter a crença no trabalho, lutando contra o “pessimismo da razão” diante dos limites encontrados, é imprescindível aos profissionais, sendo importante “jamais pensar que as coisas vão terminar mal e que mais do que aquilo não se pode fazer. O novo técnico deve ter um objetivo bem preciso: conduzir seu trabalho no otimismo da prática. Caso isso não aconteça, não há remédio” (Basaglia, 1982, p.89).

Para Basaglia (1982, apud Nicácio, Amarante e Barros, 2005) faz-se necessário repensar e desconstruir os valores e as normas sociais, visto que:

> O valor do homem é ou doente vai alem do valor da saúde ou da doença [...] que em base ao diferente valor do homem, saúde e doença adquirem um valor absoluto

(positivo e negativo), como expressão da inclusão do são e da exclusão do doente da norma; ou um valor relativo, como acontecimentos, experiências, contradições da vida que se desenrola entre saúde e doença. Quando o valor é o homem, a saúde não pode representar a norma se a condição é de estar constantemente entre saúde e doença. (p.204)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática do uso abusivo de álcool e /ou drogas, atualmente, vem chamando a atenção de todos os setores da sociedade, mobilizando aqueles que de alguma forma estão envolvidos com esta temática, e que dependendo da sua visão sobre tal fenômeno formulam explicações e constroem variadas formas de auxiliar os que fazem uso destas substâncias.

Nos serviços de saúde mental substitutivos ao modelo psiquiátrico tradicional, cuja proposta refere-se a uma nova lógica de atenção aos usuários, a Reabilitação Psicossocial dos sujeitos é um dos objetivos a ser alcançados. Para os profissionais, as oficinas são entendidas como a principal intervenção reabilitatória dos usuários. Compreendemos as oficinas, no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, como um recurso importante ao tratamento dos usuários de substâncias psicoativas, no entanto, ressaltamos que a Reabilitação Psicossocial não se resume a desenvolver habilidades perdidas por meio das atividades formuladas nas oficinas.

Tendo em vista, que muitas vezes apesar das atividades desenvolvidas nas oficinas poderem auxiliar na socialização, na promoção da reinserção social e na geração de renda, na maioria das vezes acabam por cair na prática do entretenimento, como ocorria no modo asilar e manicomial.

No discurso dos profissionais, percebemos uma preocupação no que se refere à cidadania dos sujeitos, bem como à promoção da sua autonomia. No entanto, consideramos que a autonomia do usuário, entendida como a capacidade deste estabelecer pactos sociais que possibilitarão a geração de normas para a sua vida, somente poderá ser alcançada por meio da construção de um projeto terapêutico individual que respeite as singularidades, escolhas e desejos, o que fica bastante comprometido devido a contradição encontrada acerca da inexistência de projetos terapêuticos individuais no serviço, que praticamente não foi mencionada pelos profissionais entrevistados.

No que tange à cidadania do sujeito, sinteticamente compreendida como possibilitar ao indivíduo fazer-se competente para gerir a sua vida não admitindo a tutela e não se restringindo ao mercado de trabalho, esta se visualiza como mais complexa e desafiadora, necessitando de um redimensionamento das práticas em curso e uma mudança geral na sociedade.

Ainda percebemos que a Reabilitação Psicossocial desenvolvida no serviço encontra-se alicerçada à reabilitação psiquiátrica tradicional e aos modelos adaptativos, isto é, atrelada à lógica da normalidade social, sendo esse o principal desafio a ser superado quando se considera o modelo psicossocial de atenção à pessoa com transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras drogas, contrapondo-se a esse modelo, a abstinência aparece como a meta a ser atingida no tratamento, o que demonstra uma contradição com a atual Política Nacional sobre Drogas, que pauta-se nos princípios do campo psicossocial da atenção e, portanto, na lógica da Redução de Danos.

As atividades externas são consideradas, pelos entrevistados, como fundamentais à estratégia da reabilitação, entretanto, parecem reproduzir o jargão de reinserir os sujeitos com sofrimento psíquico na sociedade, visto que este é um processo longo e demorado, que implica, primeiramente a desmistificação do usuário de substâncias psicoativas. Neste sentido, os profissionais dos serviços de saúde mental devem considerar a dimensão sócio-cultural como capaz de produzir novas formas de lidar com as diferenças, possibilitando um novo lugar social para os usuários de álcool e/ou drogas, transformando as relações entre a sociedade e os indivíduos com sofrimento psíquico (Amarante, 2007).

No caminho da Reabilitação Psicossocial, a construção da rede social dos usuários do serviço é imprescindível. Assim, para buscar uma efetiva transformação da prática e da assistência, a estratégia da intersetorialidade apresenta-se como uma possibilidade de soluções às demandas complexas dos sujeitos, demandas referidas não apenas ao tratamento. Neste sentido, percebemos um empenho dos profissionais deste serviço em buscar

parcerias que possam formar uma rede de encaminhamentos para cursos profissionalizantes, possibilitar a circulação de alguns produtos realizados em oficinas e a participação dos usuários em espaços sociais diferentes aos que estão habituados. O que por si só não garante a Reabilitação Psicossocial dos usuários do serviço.

Para Saraceno (2001), a Reabilitação Psicossocial refere-se à ampliação da participação e da contratualidade do sujeito, por meio de três eixos principais: habitar, rede social e trabalho.

O eixo referente ao morar (habitar) apresenta-se nos discursos como um fator de grande preocupação por parte dos profissionais, que relatam a falta de moradia da população atendida como um fator limitante para a reabilitação dos usuários do serviço. Uma das alternativas encontradas para esta questão é a inserção dos sujeitos em albergues, que efetivamente é um abrigo, mas que não se configura como o habitar, visto que os sujeitos são tratados da mesma forma, não possibilitando o exercício da contratualidade.

O estabelecimento de relações interpessoais permeia o cotidiano de todos nós. Os sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas apresentam um empobrecimento nas suas redes sociais, desde a sua primeira rede social que é a família, estendendo-se então à cominudade. Portanto torna-se fundamental para a Reabilitação Psicossocial destes sujeitos, possibilitar a expansão da rede social para além do núcleo familiar. Observamos que a rede social não se apresenta de forma clara para os trabalhadores do serviço, visto que as intervenções realizadas em direção a este eixo estão restritas ao núcleo familiar dos usuários que tem família, sem abranger a totalidade do conceito de rede social, que inclui a transformação da realidade cultural na qual estão inseridos os atores envolvidos.

O tema relacionado ao trabalho, terceiro eixo sobre o qual se assenta o aumento da contratualidade dos sujeitos, é recorrente nos discursos analisados, que descrevem os limites encontrados quando se associa o transtorno psíquico à falta de adaptabilidade do sujeito ao processo produtivo, visto que a maior parte das ações desenvolvidas no CRATOD e que dizem respeito às oficinas encontram-se alinhadas ao entretenimento,

ou à adaptação do sujeito ao meio social, aparentando não considerar as necessidades do indivíduo com relação ao trabalho, reproduzindo a concepção moral e disciplinadora do trabalho. Tanto que não há relatos sobre a possibilidade de construção de cooperativas e quando são referidas experiências que poderiam gerar renda para os usuários, verificamos que na prática são apenas "ensaios" para a efetiva possibilidade de trocas materiais destes sujeitos.

Neste sentido, o trabalho para os usuários dos serviços de saúde mental, deve ser compreendido como um direito, similar ao de qualquer outro cidadão, e a sociedade civil, representada pelos trabalhadores de saúde mental, familiares e associações de usuários, deve pensar estratégias e dispositivos capazes de responder às necessidades dos usuários, cujas condições de vida precária assemelham-se à das classes mais desprivilegiadas e empobrecidas da sociedade.

Colocamos a necessidade de cada projeto da instituição estar vinculado preferencialmente à questão dos direitos fundamentais da pessoa humana. O direito ao trabalho nos serviços de saúde mental tem que extrapolar o terapêutico propriamente dito para buscar a reinserção das pessoas sob os seus cuidados nas redes de produção, troca e de consumo. O direito ao lazer, à arte, à cultura e à educação também deve ser um eixo diferencial dos projetos direcionados aos usuários, assim como o direito fundamental à liberdade e o respeito à dignidade humana e à integridade devem constituir a base do conjunto de estratégias terapêuticas utilizadas para o acolhimento, tratamento e acompanhamentos destes sujeitos. Destarte, pode-se dizer que o terapêutico em si, encontra-se inegavelmente associado ao efetivo reconhecimento do usuário dos serviços de saúde como um sujeito portador de direitos, como cidadão.

Para que as ações reabilitatórias desenvolvidas no serviço não reforcem o caráter regulatório, correspondendo aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira e aos pressupostos da Reabilitação Psicossocial que se propõem a desconstruir o paradigma psiquiátrico de exclusão e controle social, o serviço deve estar claramente compromissado com a

transformação das condições de vida dos usuários. Num ambiente favorecedor da autonomia criativa e da participação democrática, os trabalhadores da equipe devem ter um alto grau de compromisso com as metas estabelecidas por eles próprios, ousando colocar em prática iniciativas que promovam a emancipação do sujeito.

Neste sentido, consideramos a Redução de Danos como uma estratégia extremamente valiosa ao respeitar os direitos de escolha destes sujeitos, bem como as suas singularidades ao compreender o uso de drogas como um fenômeno multidimensional e histórico e não somente relacionado à delinqüência e à patologia.

No serviço podemos depreender que a abstinência aparece como a meta a ser atingida no tratamento e, mesmo que a política de saúde afirme o contrário, percebemos que as práticas não apresentam mudanças.

Para que as mudanças sejam efetivas, evidenciamos a emergência do abandono da centralização do olhar dirigido pelo diagnóstico, pela doença, para a construção de um novo olhar, olhar este, guiado pela história de vida singular de cada indivíduo, cuja ênfase seja o diagnóstico de vida para a transformação dos modos de viver, responsáveis pelo sofrimento humano.

Esperamos que este estudo possa contribuir com a reflexão dos profissionais de saúde quanto aos seus saberes e práticas, ressaltando a necessidade de compreender os sujeitos considerados “dependentes químicos” como sujeitos LOUCOS por respeito, aceitação, oportunidade, afeto, liberdade e inclusão social, pois além de serem pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, são acima de tudo seres humanos, que em algum momento de suas vidas provavelmente não souberam lidar com situações complicadas ou se perderam na sua própria curiosidade não conseguindo estabelecer limites para si próprios.

Entendemos que este estudo não se encerra aqui, novos desdobramentos poderão ser realizados a partir da investigação de uma prática particular, sobretudo, no que se refere à Reabilitação Psicossocial dos usuários de álcool e/ou drogas que precisa da construção de um

referencial balizador teórico nesta área, considerando que a Reabilitação Psicossocial é um processo complexo, que envolve várias instâncias, desde o nível micro – individual/familiar/institucional até o macro – comunidade, sociedade e políticas de saúde mental e como postula Saraceno (2001) trata-se de uma prática à espera da teoria, situação transitória, pois não se pode pensar que há práticas eternamente sem teorias.

Finalmente, acreditamos que a estratégia da Reabilitação Psicossocial associada ao saber teórico-prático dos profissionais da saúde mental possibilitariam o enriquecimento dos programas terapêuticos desenvolvidos pelo CRATOD, conforme o modelo da Reforma Psiquiátrica brasileira, e sobretudo, à recuperação dos usuários de substâncias psicoativas, desde que todos os atores sociais envolvidos estejam conscientes da importância da inserção deste "novo" ser humano na sociedade em si.

REFERÊNCIAS

Almeida AMG, Moraes BM, Barroso CMC, Barros MMM, Sampaio JJC. Oficinas em saúde mental: relato de experiências em Quixadá e Sobral. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2004. p. 117-34.

Almeida EC. Meninas em cena: perspectivas de interpretação da utilização do teatro como forma de ação social. Analecta. 2004;5(2):73-84.

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

Amarante P, coordenador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Amarante PDC. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.

Amarante PDC, organizador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. p.45-65.

Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Andrade TM. Redução de Danos: um novo paradigma? In: Tavares LA, Almeida ARB, Nery Filho A, MacRae E, Ferreira OS, organizadores. Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA; 2004. p. 87-98.

Andretta I, Oliveira MS. A técnica da entrevista motivacional na adolescência. Psic Clin. 2005;17(2):127–39.

Aquino MT. Prevenção ao abuso de drogas: o possível e o impossível. In: Cruz MS, Ferreira MSB, organizadores. Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: IPUB; 2001. p. 185-96.

Assis E. Arte e oficinas terapêuticas em tempos de reconstrução. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2004. p. 95-104.

Babor T, Lauerman RJ. Classifications and forms of inebriety: historical antecedents of alcoholic typologies. In: Galanter M, editor. Recent developments in alcoholism: v. 4. New York: Plenum Press; 1986. p. 107–11.

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

Barchizago AP. Amadurecendo a temática da dependência química na esfera da reabilitação psicossocial. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007. p. 202-08. (Saúde loucura; 22).

Barição SMF. O Centro de Atenção Psicossocial: desafios no percurso institucional. In: Caderno de textos da 3º Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez. 11-15; Brasília, BR. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Barrera MJr, Chassin l, Rogosch F. Effects of social support and conflict on adolescent children of alcoholic and nonalcoholic fathers. J Pers Soc Psychol. 1993;64(4):602-12.

Barros DD. Habilitar – reabilitar...: o rei está nu? Rev Ter Ocup. 1991;2(2/3):100-4.

Barros DD. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: EDUSP; 1994.

Barros S, Egry EY. O Louco, a loucura e a alienação institucional. Taubaté: Cabral; 2001.

Basaglia F. Scritti (1968-1980): dall' apertura del manicômio allá nuova legge sull'assistenza psichiatrica. Torino: Guilio Eunaudi; 1982. Riabilitazione e controllo sociale. P. 199-208. Tradução livre por Ana Luisa Aranha e Silva. Texto apresentado ao Comitê Internacional Contra o Sofrimento Mental, Helsinki, 1971.

Basaglia F. Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates; 1982.

Basaglia F. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

Berridge V. Dependência: história dos conceitos e teorias. In: Edwards G, Lader M, organizadores. A natureza da dependência das drogas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.

Bertolote JM. Em busca de uma Identidade para a reabilitação psicossocial. In: Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 155-58.

Bezerra BJ. Cidadania e loucura: um paradoxo? In: Bezerra BJ, Amarante P, organizadores. Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará; 1992. p. 113-26.

Birman J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: Bezerra BJ, Amarante P, organizadores. Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará; 1992. p. 71-90.

Boal A. Teatro do oprimido e outras poéticas políticas. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1988.

Booth BM, Russell DW, Susan S, Laughlin PR. Social support and outcome of alcoholism treatment: an exploratory analysis. Am J Drug Alcohol Abuse. 1992;18(1):87-101.

Brasil. Ministério da Saúde. Cartas da promoção da Saúde. Brasília (DF); 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental: 1990-2004. 5ª ed. amp. Brasília; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Ministério da Saúde. 2ª ed. rev. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília; 2005a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão Social pelo Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Glossário de álcool e drogas. Trad. de J. M. Bertolote. Brasília;2004.

Brescia MFQ. Políticas públicas e economia solidária: possibilidades de interface com a saúde mental. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

Bucher R. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Bucher R. Prevenindo contra as drogas e DST/ AIDS: populações em situação de risco. Brasília; Ministério da Saúde; 1995.

Bucher R. Drogas e sociedade nos tempos da Aids. Brasília: Universidade de Brasília; 1996.

Calanca A. A toxicomania entre doença e delinqüência. In: Bergeret J, Leblanc J. Toxicomanias: um enfoque pluridimensional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. p. 55-60.

Campos EA. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os Alcoólicos Anônimos. Cad. Saúde Pública [online]. 2004;20(5):1379-87.

Caraciolo JMM, Shimma E, organizadoras. Adesão da teoria a prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids; 2007.

Carlini-Cotrim B. A escola e as drogas: realidade brasileira e contexto internacional [tese]. São Paulo: Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica; 1992.

Carlini EA, supervisão, et al. II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 2006.

Carneiro H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: Venâncio RP, Carneiro H. Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda; 2005. p. 10-28.

Cassandri JL. Contribuições da copa da inclusão para consolidação do campo psicossocial [dissertação]. São Paulo: São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2007.

Cavalcanti AMT, Loureiro C, Santos E, Amendoeira MCR, Cavalcanti MT. Pode ser a arte terapêutica? Reflexões a partir do trabalho desenvolvido com pacientes da “terceira idade” no ateliê da vida do Instituto de Psiquiatria da UFRJ – IPUB. Rev Ter Ocup. 2003;14(3):118-22.

Cobb S. Presidential address-1976: social support as a moderator of life stress. Psychosom Med. 1976;38(5):300-14.

Cohen S, McKay G. Social support, stress and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. In: Baum et al. editors, Handbook of Psychology and health, Vol. IV, p. 253-67, New Jersey: Erlbaum; 1984.

Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull. 1985;98(2):310-57.

Compton WM, Cottler LB, Ben Abdallah A, Phelps DL, Spitznagel EL, Horton JC. Substance dependence and other psychiatric disorders among drug dependent subjects: race and gender correlates. Am J Addict. 2000;9(2):113-25.

Corrêa D. Oficinas: uma reflexão. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2004. p. 155-160.

Costa NAR. Um estudo sobre a adesão ao tratamento em grupo de usuários de drogas no PROJAD/IPUB/UFRJ. Cad IPUB. 2000;6(n.esp):147-64.

Costa ACF, Costa MP, Sampaio JMF. O instituto de saúde mental do Distrito Federal. In: Pitta A. Reabilitação psicossocial no brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 89-95.

Costa RC, Azevedo MA, Oki N. Núcleo Clínico. In: Harari A, Valentini W, organizadoras. A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 59-70.

Cruz MS, East AL, Costa NAR, Silva EO, Silva TS, Braga MR. Criação de serviço de atendimento a usuários de drogas em ambulatório do IPUB/UFRJ: experiência de dois anos. Inf Psiquiátr. 1999;18(1):17-22.

Cruz MS, Ferreira MSB, organizadores. Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: Edições IPUB; 2001. Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras drogas: uma visão panorâmica; p. 95-113.

Cruz MS. O tratamento de usuários de drogas no PROJAD: sobre especificidades das demandas nesta clínica. In: Cruz MS, Ferreira MSB, organizadores. Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: IPUB; 2001. p. 229-38.

Cruz SCGF. Menor: Infrator ou Vítima. Rev Augustus. 2005;10(20):56-64.

Demo P. Charme da exclusão social. 2º ed. rev. Campinas: Autores Associados, 2002. (Coleção polêmicas do nosso tempo; 61).

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do Alcoolismo.Um guia para profissionais da saúde. Rio Grande do Sul: Artmed; 1997.

Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. O tratamento do alcoolismo – um guia para profissionais de saúde. In: O trabalho básico do tratamento. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul; 1999.

Elkis H. Definições e Critérios no Diagnóstico do Alcoolismo. In: Fortes JRA, Cardo WN. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier; 1991. p. 43-56.

Fernandes MIA, Scarcelli IR. Psicologia e políticas públicas de saúde: da construção de modelos à implementação de práticas. In: Amarante PDC, organizador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau; 2005. p. 67-90.

Figlie NB, Pillon SC, Castro AL, Laranjeira R. Organização de serviço para alcoolismo: uma proposta ambulatorial. J Bras Psiquiatr. 2001;50(5/6):169-79.

Fleeman ND. Alcohol home detoxificacion: a literature review. Alcohol Alcohol. 1997;32(6):649-56.

Fornazier ML. Siqueira MM. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolista em um programa de assistência ao alcoolismo. J Bras Psiquiatr. 2006;55(4):280-7.

Fortes JR, Gatto BCF. Alcoolismo. São Paulo: Sarvier; 1975.

Fortes JRA. Conceito e definição de alcoolismo. In: Fortes JRA, Cardo WN. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier; 1991. p. 11-26.

Frauenglass S, Routh DK, Pantin HM, Mason CA. Family support decreases influence of deviant peers on Hispanic adolescents' substance use. J Clin Child Psychol. 1997;26(1):15-23.

Furtado JP. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes cronificados: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação. In: Harari A, Valentini W, organizadoras. A Reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 37-58.

Goffman E. Prisões, manicômios e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974.

Goldberg JI. Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial.In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2º ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p.33-47.

Gonçalves AM, Luis MA, Sena RR. Doença mental e uso de álcool e outras drogas: dificuldades relatadas por mulheres cuidadoras em família. REME Rev Min Enferm. 2003;7(1):14-20.

Gonçalves EL. O individuo perante o tóxico. In: Drogas e drogados. São Paulo: EPU; 1982.

Greco MG. Oficina: uma questão de lugar? In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2004. p. 83-94.

Guerra AMC. Oficinas em Saúde Mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2004. p. 23-58.

Havassy BE, Alvidrez J, Owen KK. Comparisons of patients with comorbid psychiatric and substance use disorders: implications for treatment and service delivery. Am. J. Psychiatry. 2004;161(1):139-45.

Hirdes A. Reabilitação Psicossocial: dimensões teórico-práticas do processo. Erechim/RS: EdiFAPES; 2001.

Heller A. O cotidiano e a história. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.

Johnson V, Pandina RJ. Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency, and coping styles. Am J Drug Alcohol Abuse. 1991;17(1):71-88.

Kantorski LP, Souza J, Willrich JQ, Mielke FB. O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. Rev Enferm UERJ. 2006;14(3):366-71.

Kaplan HI, Sadock B, Grebb J. Compendio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1997.

Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta A. reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 55-9.

Labigalini EJ. O uso de cannabis por dependentes de crack: um exemplo de redução de danos. In: Mesquita F, Seibel S, organizadores. Consumo de drogas desafios e perspectivas. São Paulo: Hucitec; 2000.

Laudet AB, Cleland CM, Magura S, Vogel HS, Knight EL. Social support mediates the effects of dual-focus mutual aid groups on abstinence from substance use. Am J Community Psychol. 2004;34(3-4):175-85.

Lima JC. O trabalho autogestionário em cooperativas de produção: o paradigma revisitado. Rev Bras Ciênc Soc. 2004;19(56):45-74.

Lima EA. Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2004. p. 59-82.

Macedo MC. Instituto Municipal Nise da Silveira. In: Saúde mental e economia solidária: inclusão social pelo trabalho. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

Malhotra A, Maihotra S, Basu D. Social and cognitive approach in relapse prevention. Bengal J Psychiatry. 2001;10(1):79-87.

McDonald RM, Towberman DB. Psychosocial correlates of adolescent drug involvement. Adolescence. 1993;28(112):925-36.

McMahon RC. Personality, stress and social support in cocaine relapse prediction. J Subst Abuse Treat. 2001;21(2):77-87.

Marlatt GA. Prevenção de recaídas: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1993.

Marsiglia RG. Os cidadãos e os loucos no Brasil: a cidadania como processo. In: Marsiglia RG, Dallari DA, Costa JF, Moura Neto FDM, Kinoshita RT, Lancetti A. Saúde mental e cidadania. 2ª ed. São Paulo: Mandacaru; 1987. p. 13-28.

Mendes SMO. Trabalharte. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde.In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2ª ed. São Paulo:Hucitec; 2006. p. 71-112.

Mingardi G, Goulart S. As Drogas Ilícitas em São Paulo: o Caso da Cracolândia. São Paulo: ILANUD; 2001.

Moraes PRB. Juventude, medo e violência. Curitiba: Ipardes; 2006.

Musumeci B. O Consumo de álcool no País. In: Zaluar A, organizadora. Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense; 1999. p. 83-96.

Nascimento EF, Pinho PH, Taleikis PU. Projetos de inserção laborativa em saúde mental: uma análise da produção científica de 1995 a 2006 [monografia]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2006.

Neiagus A, Friedman SR, Curtis R, Des Jarlais DC, Furst RT, Jose B, Mota P, et al. The relevance of drug injectors sexual and risk networks for understanding and preventing HIV infection. Soc Sci Med. 1994;38(1):67-78.

Nery Filho A, Messeder ML. Exclusão ou desvio? Sofrimento ou prazer? In: Tavares LA, Almeida ARB, Nery Filho A, MacRae E, Ferreira OS, organizadores. Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA; 2004. p. 59-70.

Newcomb MD. Psychosocial predictors and consequences of drug use: a developmental perspective within a prospective study. J Addict Dis. 1997;16(1):51-89.

Newcomb MD, Bentler PM. Impact of adolescent drug use and social support on problems of young adults: a longitudinal study. J Abnorm Psychol. 1988;97(1):64-75.

Nicacio F, Amarante P, Barros DD. Franco Basaglia em terras brasileiras: caminhantes e itinerários. In: Amarante P, coordenador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial 2. Rio de Janeiro: Nau, 2005. p. 195-214.

Nicacio MFS, Kinker FS. O desafio de viver fora: construindo a cooperativa para todos. IN: Campos FC, Henriques CMP. Contra a maré a beira mar a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Scritta; 1996. p. 121-31.

Nicastri S. A droga e seus efeitos. In: Seidl EMF, organizadora. Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida. Brasília: CEAD/UNB; SENAD/SGI/PR. Vol I. Unid 2; 1999.

O´Hare P. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: Mesquita F, Bastos FI, organizadores. Drogas e Aids: estratégias de redução de danos. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 65-78.

Oliveira AGB; Alessi NP. A reforma psiquiátrica e o processo de trabalho das equipes de saúde mental. Rev Paul Enferm. 2003;22(1):31-42.

Oliveira AGB; Alessi NP. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(1):191-203.

Oliveira MAF. Análise das políticas para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no Brasil e Portugal. [tese livre-docência] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2008.

Organização Mundial da Saúde – OMS – Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Suíça; 2001.

Organização Mundial da Saúde. World Health Organization (WHO) - Global Status Report on Alcohol. Geneva: World Health Organization, 2004

Pitta A. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? p. 19-26.

Pitta AMF. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: Caderno de textos da 3º Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez. 11-15; Brasília, BR. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Prata NIS. As oficinas e o ofício de cuidar. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2004. p. 161-66.

Primm AB, Gomez MB, Tzolova-Iontchev I, Perry W, Vu HT, Crum RM. Mental health versus substance abuse treatment programs for dually diagnosed patients. J Subst Abuse Treat. 2000;19(3):285-90.

Quello SB, Brady KT, Sonne SC. Mood disorders and substance use disorders: a complex comorbidity. Sci Pract Perspect. 2005;3(1):13-21.

Ribeiro MC. A reabilitação psicossocial num CAPS: concepções dos profissionais [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Ribeiro MS, Ribeiro LC, Garcia MA, Souza GF, Sousa KDC, Nogueira RB. Fatores associados à adesão a um programa de tratamento do alcoolista. J Bras Psiquiatr. 2008;57(3):203-11.

Ribeiro RCF. Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2004. p. 105-16.

Pichon-Riviére E. O processo grupal. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

Pinho PH; Oliveira MA; Mastrocolla MM. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? Ver Psiq Clín. 2008;35(supl 1):82-88.

Rodrigues CR, Figueiredo MAC. Concepções sobre a doença mental em profissionais, usuários e seus familiares. Estud Psicol (Natal). 2003;8(1):117-25.

Rollo A, Oliveira RC. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o publico. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 321-54.

Rosa LCS. E afinal, quem cuida dos cuidadores? In: Caderno de textos da 3º Conferência Nacional de Saúde Mental; 2001 dez. 11-15; Brasília, BR. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Rotelli F. Desospitalização. Conferência. In: Anais II CONPSIC. Conselho Regional de Psicologia. 6ª Região. São Paulo: Oboré; 1992.

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: Nicácio F, organizadora. Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.

Rotelli F. Re-habilitar la re-habilitación. In: Rede Internacional das Práticas de Luta contra Exclusão Social [online]; 1993. Disponível em: http://www.exclusion.net/images/pdf/47_comoq_riabilitare_es.pdf [Acesso em 10/01/2009].

Sáad AC. Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: Cruz MS, Ferreira MSB, organizadores. Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: IPUB; 2001. p. 11-32.

Saes D. Cidadania e capitalismo: uma crítica à concepção liberal de cidadania. Crítica Marxista. 2003;16(1):9-38.

Sanchez ZM, Oliveira LG, Nappo SA. Razões para o não uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. Rev Saúde Pública. 2005;41(3):472-77.

Santos ARC. Desmontando por dentro: o projeto de reinserção social dos usuários residentes da Casa de Saúde Volta Redonda (sob intervenção). In: Venâncio AT, Leal EM, Delgado PG, organizadores. O campo da atenção psicossocial: Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Té Cora – Instituto Franco Basaglia; 1997. p. 596-603.

Santos BS. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez; 1995.

Santos CE. Uma breve reflexão sobre o tratamento da drogadição. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. A reforma psiquiátrica no cotidiano II. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007. p. 193-201.

São Paulo (Estado). Decreto n. 46.860, de 25 de junho de 2002. Dispõe sobre a criação e organização do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas.

Saraceno B, Asioli F, Tognoni G. Manual de Saúde Mental. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

Saraceno B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. Rev Ter Ocup. 1998;9(1):26-31.

Saraceno B. Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Té Cora; 2001.

Silva ALA. O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção de vida [dissertação]. São Paulo (SP); Escola de Enfermagem da USP; 1997.

Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Rev Esc Enferm USP. 2002;36(1):4-9.

Silva ATMC. A Reforma Psiquiátrica em João Pessoa – Pb: limites e possibilidades de transformação do trabalho para produzir saúde mental. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.

Silva Filho JF, Amim V. Reabilitação: da ergonomia à clinica. In: Organização do trabalho e saúde mental. Cad IPUB. 2000; 2:115-128; 4ª ed.

Silveira DX, Silveira EDX. Um guia para a família. Brasília: Presidência da República, gabinete da Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas; 2004. 36 p.

Soares CB. Canoletti B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica 1991 a 2001. Interface Comun Saúde Educ. 2005;9(16):115-29.

Soares LE. A Política de “drogas” na agenda democrática do século XXI. In: Bastos FI, Gonçalves OD, organizadores. Drogas: é legal? Um debate autorizado. Rio de Janeiro: Imago Instituto Goethe; 1993. p. 125-41.

Souza J, Kantorski LP. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. RESMAD 2007;3(2). Disponível em http://www2.eerp.usp.br/resmad/artigos.asp. Acesso em: 27 agosto de 2007.

Tenório FG. Gestão de ONGs: principais funções gerenciais. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1997.

Toscano Jr A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: Seibel SD, Toscano Jr. organizadores. Dependência de drogas. Atheneu; 2001.

Touzeau D. A perspectiva farmacológica. In: Bergeret J, Leblanc J. Toxicomanias: uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991. p. 19-52.

Trad S. Mídia e drogas: confrontando texto e contexto da publicidade comercial e de prevenção. In: Tavares LA, Almeida ARB, Nery Filho A,

MacRae E, Ferreira OS, organizadores. Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: EDUFBA; 2004. p. 49-59.

Vaissman M. A avaliação de programas de tratamento de alcoolismo e outras dependências. In: Cruz MS, Ferreira MSB, organizadores. Álcool e drogas: usos, dependência e tratamentos. Rio de Janeiro: IPUB; 2001. p. 141-63.

Vargas D; Luis MAV. Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. Rev. Latino-Am. Enf [online]. 2008;16(n.spe):543-50.

Velho G. Drogas e construção social da realidade. In: Baptista M, Inem C, organizadores. Toxicomanias, abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ: Sette Letras; 1997.

Velho G. A Dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: Zaluar A, organizadora. Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense; 1999. p. 23-9.

Vespucci EF, Vespucci R. O revólver que sempre dispara: os dependentes de drogas e os caminhos da recuperação, numa abordagem clínica. São Paulo: Casa Amarela; 1999.

Vianna PCM, Barros S. O processo saúde-doença mental: a exclusão social. REME Rev Min Enferm. 2002;6(1/2):86-90.

Watkins KE, Burnam A, Kung FY, Paddock S. A national survey of care for persons with co-occurring mental and substance use disorders. Psychiatr Serv. 2001;52(8):1062-68.

Watkins KE, Hunter SB, Wenzel SL, Tu W, Paddock SM, Griffin A, Ebener P. Prevalence and characteristics of clients with co-occurring disorders in outpatient substance abuse treatment. Am J Drug Alcohol Abuse. 2004;30(4):749-64.

Westermeyer J. Historical and social contexto f psychoative substance disorders. In: Francis R, Miller S, organizadores. Clinical textbook of addictive disorders. New York: Guilford Press; 1991. p. 23-40.

Wills TA, Vaccaro D, McNamara G. The role of life events, family support, and competence in adolescent substance use: a test of vulnerability and protective factors. Am J Community Psychol. 1992;20(3):349-74.

Zago AP, Ramos CCP, Oki N. Unidade de Atenção à crise: repensando a prática de internação em saúde mental. In: Harari A, Valentini W, organizadoras. A reforma psiquiátrica no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 71-104.

Zauhy C, Mariotti H. Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver. Secretaria Municipal da Saúde. São Paulo; 2002.

APÊNDICE

APÊNDICE I

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3066.7602 - Fax: (011) 3066.7615
São Paulo - SP - Brasil

São Paulo, 10 de abril de 2008.

Solicitação de encaminhamento de projeto de pesquisa.

Senhora Coordenadora

Estamos encaminhando o projeto de pesquisa da pós-graduanda Paula Hayasi Pinho, aluna da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, cujo tema é: Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial" (título provisório), para sua apreciação e encaminhamento para o Centro de Referência para Álcool, tabaco e Outras Drogas – CRATOD.

A pesquisa tem por finalidade contribuir com a discussão sobre a Reabilitação Psicossocial no CRATOD, refletindo criticamente sobre as intervenções realizadas neste serviço, no sentido de desvelar práticas e saberes reabilitadores, identificando as principais facilidades e dificuldades, bem como as possíveis contradições enfrentadas pelos técnicos nas suas intervenções.
Especificamente pretende-se: 1- Identificar a representação social dos profissionais técnicos do Centro de Referência para Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) acerca da reabilitação psicossocial para usuários de álcool e outras drogas e 2- verificar a articulação entre as intervenções da equipe técnica com as estratégias de Reabilitação Psicossocial, segundo os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Agradecendo antecipadamente, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Ilmo Sra.
Dra. Sônia Barros
Coordenadora do grupo Técnico de Ações Estratégicas da Secretaria Estadual da Saúde do Estado de São Paulo.

APÊNDICE II

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem

São Paulo, _____de 2008.

Senhora Diretora Técnica de Divisão de Saúde

Vimos solicitar autorização para Paula Hayasi Pinho, aluna do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, para realizar a pesquisa intitulada "Os Desafios na Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas e a Reabilitação Psicossocial" (título provisório), que tem por finalidade a obtenção de título acadêmico, nível mestrado.

Na oportunidade, esclarecemos que, conforme projeto anexo, a pesquisa será realizada com os profissionais técnicos de nível superior vinculados a este serviço.

A pesquisa tem por finalidade contribuir com a discussão sobre a Reabilitação Psicossocial no Centro de Referência para Álcool, Tabaco e Outras Drogas, refletindo criticamente sobre as intervenções realizadas neste serviço, no sentido de desvelar práticas e saberes reabilitadores, no sentido da produção de autonomia dos usuários, identificando as principais facilidades e dificuldades, bem como as possíveis contradições enfrentadas pelos técnicos nas suas intervenções.

Os objetivos são: Identificar como a reabilitação psicossocial esta inserida nas práticas dos profissionais técnicos do CRATOD. Especificamente pretende-se:1) Identificar a representação social dos profissionais técnicos do Centro de Referência para Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) acerca da reabilitação psicossocial para usuários de álcool e outras drogas. 2)verificar a articulação entre as intervenções da equipe técnica com as estratégias de Reabilitação Psicossocial, segundo os pressupostos da reforma Psiquiátrica.

Agradecendo antecipadamente, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica
da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Ilmo Sra. Luizemir Wolney Carvalho Lago
Diretora Técnica de Divisão de Saúde

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I – Identificação do sujeito da pesquisa

Nome do entrevistado:_____

II – Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a Reabilitação Psicossocial

Pesquisadora: Paula Hayasi Pinho CRP 06/51487 – 7 Fone: 81512152.

Cargo/Função: Aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Mestrado. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

III – Registro das explicações do pesquisador ao participante sobre a pesquisa:

O presente estudo tem por finalidade contribuir com a discussão sobre a Reabilitação Psicossocial no Centro de Referência para Álcool, Tabaco e outras Drogas – CRATOD, refletindo criticamente sobre as intervenções realizadas neste serviço, no sentido de desvelar práticas e saberes reabilitadoras, no sentido da produção de autonomia e emancipação dos usuários, identificando as principais facilidades e dificuldades, bem como as contradições enfrentadas pelos técnicos nas suas intervenções. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semi-estruturada. Solicito que concorde com a gravação da entrevista, para posterior transcrição e análise dos dados.

IV – Consentimento livre e esclarecido:

São Paulo, de 2008.

Declaro que os objetivos e detalhes desse estudo foram-me completamente explicados. Entendo que não sou obrigado a participar do estudo e que posso interromper a minha participação, a qualquer momento, sem ser prejudicado.

Meu nome não será utilizado nos documentos pertencentes a este estudo e a confidencialidade dos meus registros será garantida. Desse modo, concordo em participar do estudo e cooperar com o pesquisador.

Pesquisado:

Assinatura:_____

Pesquisador:

Assinatura:_____

Telefone para contato com Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: 11-30617548

APÊNDICE IV

ROTEIRO DA ENTREVISTA (coordenadora do Cratod)

I. Quanto à estrutura do CRATOD:

1. Número de técnicos e suas funções;
2. Estrutura física / dimensões
3. Recursos materiais disponíveis

II. Quanto à organização diária do CRATOD:

4. Modelo de gestão;
5. Objetivo do serviço e projeto institucional;
6. População de Abrangência
7. Critérios de admissão e permanência;
8. Coesão e integração do serviço com a comunidade e atores envolvidos;
9. Inserção nos circuitos assistenciais e sociais (parcerias);
10. Construção dos projetos terapêuticos
11. Qual a relação do CRATOD com os outros serviços da Rede de Saúde Mental do Município de São Paulo?
12. Como o CRATOD se insere nas políticas públicas do município?
13. Quais são os espaços de discussão sobre o processo de trabalho (avaliação e levantamento de principais problemas e soluções).

APÊNDICE V

ROTEIRO DA ENTREVISTA (técnicos do CRATOD)

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Naturalidade:

Estado Civil:

Formação:

Cursos de atualização e especialização:

Função:

Atividades Desenvolvidas:

Tempo de Trabalho no CRATOD

Experiências Anteriores:

Questões:

1) Descreva um dia típico de serviço no CRATOD.

2) Descreva uma situação que, do seu ponto de vista, expresse a proposta da reabilitação psicossocial na assistência aos usuários.

3) Comente como se dá o processo de inserção e de permanência do usuário no serviço.

4) Em sua opinião, quais seriam os limites/dificuldades e possibilidades das intervenções que objetivam a reabilitação psicossocial?

ANEXO

Anexo 1

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
☎ Fone.: 3061-7548 - Fax.: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 04 de abril de 2008.

Ilm.ª Sr.ª
Paula Hayasi Pinho

Ref.: Processo nº 722/2008/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "**Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial**", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fat Fernandes
Prof.ª Dr.ª Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo