



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS - CESA
MESTRADO PROFISSIONAL EM PLANEJAMENTO E
POLÍTICAS PÚBLICAS - MPPPP**

ALINI PONTES CAVALCANTE

**POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SUA EFETIVIDADE: UM ESTUDO DE CASO
DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS –
CAPS AD DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CE**

FORTALEZA – CEARÁ

2015

ALINI PONTES CAVALCANTE

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SUA EFETIVIDADE: UM ESTUDO DE CASO DO
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DA SECRETARIA
REGIONAL II DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CE

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Planejamento e Políticas Públicas.

Área de Concentração: Planejamento e Políticas Públicas

Orientadora: Profa. Dra. Maria Helena de Paula Frota.

FORTALEZA – CEARÁ
2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Cavalcante, Alini Pontes .

Política de saúde mental e sua efetividade: um estudo de caso do centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas - CAPS ad do Município de Fortaleza - Ce [recurso eletrônico] / Alini Pontes Cavalcante. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 132 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, , Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas, Fortaleza, 2016.

Orientação: Prof.^a Dra. Maria Helena de Paula Frota..

1. Efetividade. 2. Política Pública. 3. Substâncias Psicoativas. 4. Redução de Danos. 5. Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas - CAPS AD. I. Título.

ALINI PONTES CAVALCANTE

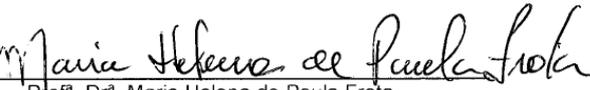
POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SUA EFETIVIDADE: UM ESTUDO DE CASO
DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS
– CAPS AD DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CE

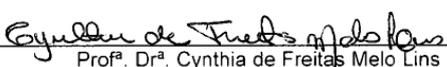
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Políticas Públicas.

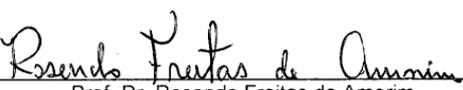
Área de concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Aprovada em: 30/09/2015

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a. Dr.^a. Maria Helena de Paula Frota
Universidade Estadual do Ceará - UECE


Prof.^a. Dr.^a. Cynthia de Freitas Melo Lins
Universidade de Fortaleza - UNIFOR


Prof. Dr. Rosendo Freitas de Amorim
Universidade de Fortaleza - UNIFOR

À Deus, luz da minha vida, à Nossa Senhora Aparecida, minha protetora, e aos meus grandes amores, Werner Cavalcante (pai), Gorete Cavalcante (mãe) e João Álvaro (filho), com amor e carinho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a oportunidade de novamente acreditar no meu potencial, por ser minha fortaleza, por sua presença e luz, por ter me dado saúde e força para ter enfrentado as dificuldades na concretização de mais um sonho.

Aos meus pais, Werner e Gorete, meus maiores tesouros, pelos ensinamentos e pela dedicação em todos os momentos de minha vida. Amo vocês!

Ao meu esposo, Júnior, por comigo dividir e construir uma vida a dois com amor.

Ao meu filho João Álvaro, amor maior, minha inspiração e motivação. Meu presente de Deus... Amor infinito!

Aos meus irmãos, Alwerner e Andressa, que sempre torcem e vibram com as minhas conquistas.

Aos meus amigos queridos, companheiros de trabalho ou aqueles irmãos na amizade, pela amizade verdadeira, pelas palavras encorajadoras nos momentos de desânimo e por todos os momentos compartilhados.

À amiga Alice, companheira de Mestrado, por sua amizade, parceria e cumplicidade.

A minha orientadora, Profa. Dra. Maria Helena de Paula Frota, por sua orientação segura e competente. Agradeço pela compreensão de meus limites, auxiliando-me com sua imensa sabedoria e de forma imprescindível. Foram valiosas suas contribuições para o meu crescimento intelectual.

Às professoras da banca, Profa. Dra. Cleide Carneiro, Profa. Dra. Cynthia de Freitas Melo Lins e Prof. Dr. Rosendo Freitas de Amorim, por prontamente aceitarem o convite de avaliar este trabalho, me instigando reflexões e contribuindo para o fomento e aprimoramento do mesmo. Muito obrigada!

Aos professores do Mestrado, pelos conhecimentos repassados e aos colegas de turma pelas trocas de experiência durante a realização das disciplinas.

A todos os trabalhadores da saúde mental, que abraçam esta causa com amor e com “sede” de transformação, em especial ao que fizeram e fazem parte do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD, da Secretaria Regional II do município de Fortaleza.

Aos interlocutores da pesquisa, com histórias de vidas diversas, mas que são “loucos” pela vida, sem os quais não seria possível seu desenvolvimento.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram na elaboração desse trabalho!

“Mesmo quando tudo pede
Um pouco mais de calma
Até quando o corpo pede
Um pouco mais de alma
A vida não para...

Enquanto o tempo
Acelera e pede pressa
Eu me recuso faço hora
Vou na valsa
A vida é tão rara...

Enquanto todo mundo
Espera a cura do mal
E a loucura finge
Que isso tudo é normal
Eu finjo ter paciência...

O mundo vai girando
Cada vez mais veloz
A gente espera do mundo
E o mundo espera de nós
Um pouco mais de paciência...

Será que é tempo
Que lhe falta pra perceber?
Será que temos esse tempo
Pra perder?
E quem quer saber?
A vida é tão rara
Tão rara...

(Lenine)

RESUMO

O presente trabalho teve como objetivo investigar a efetividade da Política de Saúde Mental, através dos limites e possibilidades ofertados no tratamento realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPS AD, da Secretaria Regional II, do município de Fortaleza-CE. Tal escolha deveu-se ao fato de a pesquisadora ter tido experiência profissional, durante dois anos e meio, como Assistente Social desse serviço e ter participado ativamente do processo de implantação de várias ações, partindo da realidade e da necessidade deste. Assim, se fez necessário olhar a micropolítica do processo da Reforma Psiquiátrica no contexto do Sistema Único de Saúde - SUS, no município, procurando perceber o que ali é um espaço interseção, indicador e interventor de uma relação instituinte. A fundamentação teórica está alicerçada no referencial de vários autores renomados, bem como nas legislações pertinentes a temática. A abordagem do estudo foi qualitativa, do tipo Estudo de Caso, utilizando-se as técnicas de análise documental, observação sistemática e história de vida, com a totalidade de 235 prontuários analisados e 02 histórias de vida. O material coletado nos prontuários foram transformados em dados estatísticos e posteriormente analisados. Como resultados, identificou-se que o CAPS AD SR II é um importante serviço de saúde mental, configurando-se como espaço concreto destinado não só a um tratamento de saúde, mas também a um conceito de clínica ampliada e que é possível refletir sobre a efetividade dos dispositivos dispostos na rede de atenção em saúde mental, através da trajetória de vida do usuário.

Palavras-chave: Efetividade. Política Pública. Substâncias Psicoativas. Redução de Danos. Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS AD.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the effectiveness of mental health policy through the limits and possibilities offered in the treatment performed at the Psychosocial Care Center Alcohol and Other Drugs - CAPS AD, the Regional Secretariat II, the city of Fortaleza-CE. This choice was due to the fact that the researcher have had experience, for two and a half years as a social worker that service and have actively participated in the implementation of various actions process, starting from reality and the need for this. Thus, it was necessary to look at the micro-politics of the Psychiatric Reform process in the context of the Unified Health System - SUS in the city, trying to realize what there is a intersseçor space, index and intervenor instituting a relationship. The theoretical framework is grounded in the framework of several renowned authors, and the relevant legislation at issue. The approach of the study was qualitative, type case study, using the techniques of documentary analysis, systematic observation and life story, with all analyzed records of 235 and 02 life stories. The material collected from medical records were transformed into statistical data and subsequently analyzed. As a result, it was identified that the CAPS AD SR II is an important mental health service by setting up as a prime space for not only a health treatment, but also a concept of clinical expanded and it is possible to reflect on the effectiveness of devices placed on the network of mental health by the user's life trajectory.

Keywords: Effectiveness. Public Policy. Psychoactive Substances. Harm Reduction. Psychosocial Care Center for Alcohol and Other Drugs - CAPS AD .

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ABDE	Associação Brasileira de Estudos do Álcool e Outras Drogas
ALCE	Conselho de Altos Estudos e Assusntos Estratégicos da Assembléia Legislativa do Ceará
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS i	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CID	Classificação Internacional de Doenças
COGETS	Coordenadoria de gestão do Trabalho e Educação em Saúde
CT	Comunidade Terapêutica
CUFA	Central Única das Favelas
DSM	Diagnosticand Statistical Manual
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HSMM	Hospital de Saúde Mental de Messejana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDT	Instituto de Desenvolvimento do Trabalho
IPECE	Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
LOAS	Lei Orgânica de Atenção a Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NOB	Norma Operacional Básica
OEA	Organização dos Estados Americanos
OMS	Organização Mundial de Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
PSF	Programa de Saúde da Família
PTS	Plano Terapêutico Singular
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SR	Secretaria Regional
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Serviço Único de Saúde
TCLE	Termo de Consetimento Livre e Esclarecido

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Mapa do Ceará.....	19
Figura 2	Secretarias Regionais do município de Fortaleza.....	21
Figura 3	Secretaria Regional II e seus bairros.....	22
Figura 4	Número de pacientes atendidos pela primeira vez.....	61
Figura 5	Sexo.....	62
Figura 6	Estado Civil.....	63
Figura 7	Idade de início ao uso de drogas/álcool.....	64
Figura 8	Idade atual.....	64
Figura 9	Renda própria.....	66
Figura 10	Situação profissional.....	66
Figura 11	Escolaridade.....	67
Figura 12	Origem do paciente.....	68
Figura 13	Bairro de origem.....	68
Figura 14	Raça.....	71
Figura 15	Relacionamento familiar.....	72
Figura 16	Parentes próximo que faz uso de drogas ou álcool.....	73
Figura 17	Motivação do uso.....	75
Figura 18	Frequência do uso.....	75
Figura 19	Substância de início.....	76
Figura 20	Substância de uso atual.....	79
Figura 21	Tempo de interferência da droga em suas vidas.....	81
Figura 22	Problemas físicos, psicológicos e sociais associados.....	81
Figura 23	Local de consumo.....	83
Figura 24	Diagnóstico.....	84
Figura 25	Antecedentes psiquiátricos – internação.....	85
Figura 26	Tratamento já realizado.....	86
Figura 27	Frequência ao serviço de janeiro a julho de 2015.....	87
Figura 28	Plano terapêutico Singular.....	90
Figura 29	Uso de medicação.....	91
Figura 30	Encaminhamentos.....	92

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	CONHECENDO A REALIDADE EMPÍRICA DO OBJETO.....	18
2.1	O INTERESSE PELO DESCONHECIDO E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO.....	18
2.2	IDENTIFICAÇÃO DO AMBIENTE INVESTIGADO.....	19
2.3	CAPS AD COMO LÓCUS DA PESQUISA.....	22
2.4	O DESENHO METODOLÓGICO À APREENSÃO DA REALIDADE.....	27
2.4.1	Natureza da Pesquisa.....	27
2.5	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	32
2.6	SUJEITOS DA PESQUISA.....	32
2.7	VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	33
2.7.1	Sociodemográficas.....	33
2.7.2	Uso de Substâncias Psicoativas.....	33
2.7.3	Relacionadas ao Tratamento.....	34
3	A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS.....	35
3.1	A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	35
3.2	O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.....	37
3.3	A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL.....	39
3.4	O SURGIMENTO DOS CAPS'S.....	42
3.5	EFETIVIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	44
3.6	DROGAS: CLASSIFICAÇÃO E EFEITOS NO ORGANISMO.....	46
3.7	EPIDEMIOLOGIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.....	48
3.8	A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS.....	50
3.9	OS ELEMENTOS MULTIFACETADOS DO ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS NO ESTADO DO CEARÁ E NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA.....	52
4	PERFIL SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE DOS PACIENTES ATENDIDOS NO CAPS AD / SR II.....	61
4.1	IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES E ASPECTOS SÓCIOECONÔMICOS.....	62
4.2	CONTEXTO FAMILIAR.....	72
4.3	ASPECTOS RELACIONADOS AO USO DE DROGAS.....	75

4.4	ASPECTOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO.....	84
5	TRABALHANDO COM HISTÓRIAS DE VIDAS: HISTÓRIAS QUE A VIDA CONTA.....	94
5.1	SUJEITOS DA PESQUISA: RECORTES DAS TRAJETÓRIAS DE VIDA.....	94
5.2	DOS RESULTADOS.....	96
5.2.1	Da infância a fase adulta.....	96
5.2.2	Família: significados e relacionamentos.....	99
5.2.3	Drogas: Percepções e impactos.....	100
5.2.4	Sociabilidade e acesso a bens e serviços.....	101
5.2.5	CAPS AD e seus significados.....	103
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
	REFERÊNCIAS.....	110
	APÊNDICE.....	116
	ANEXOS.....	124

1 INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas acompanha a humanidade durante seu processo evolutivo. Seu consumo é milenar e universal. Através desse uso os seres humanos buscaram a cura dos males, alívio de sintomas, diminuição de ansiedades, alteração da consciência e obtenção do prazer (BUCHER, 1992). A história das civilizações apresenta indícios de que o ser humano sempre procurou manipular o poder herbário na busca da alteração de consciência (PACHECO, 2004)

Segundo Almeida, Dratcu e Laranjeira (1996), o consumo de substâncias que possuem a capacidade de alterar estados de consciência e modificar o comportamento foram e são utilizados em todas as culturas, nas mais diferentes épocas, elegendo determinadas substâncias que auxiliam no relacionamento social, marcam festividades ou favorecem rituais místicos ou religiosos. Os autores definem “droga” como qualquer substância que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais sistemas do organismo (e que não seja produzido por ele), provocando alterações em seu funcionamento. Dessa forma, substâncias que têm a capacidade de atuar sobre o cérebro, gerando modificações no psiquismo, são chamadas de drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas.

Olievenstein (1997) propõe três eixos como determinantes na relação entre o indivíduo e a droga: o sujeito (sua subjetividade), a substância utilizada (padrão de uso) e o contexto social em que ocorre a utilização. Tal conceito possibilita uma visão integral do usuário de substâncias psicoativas, dimensionando melhor proposta de tratamento.

Assim, o estudo desta temática justifica-se pela expressividade do uso de drogas no Brasil, como verificada pelo Escritório das Nações Unidas para Crime e Drogas (UNODC), no qual no Relatório Mundial sobre Drogas de 2015, destaca que a prevalência do uso de drogas no mundo permanece estável, pois cerca de 246 milhões de pessoas, ou um pouco mais de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos de idade, usaram drogas ilícitas em 2013. Além disso, a importância deste estudo relaciona-se ao fato de voltarmos à atenção para esta problemática que se tornou caso de saúde pública.

Além das drogas ilícitas, o abuso das drogas lícitas vêm crescendo, conforme

destaca Gorgulho (2004), com base nos dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde. Este autor destaca que o consumo de bebidas alcoólicas está classificado entre os dez comportamentos de maior risco à saúde e é a principal causa de morte em países em desenvolvimento, responsável por 1,8 milhões de mortes, das quais 5% são jovens.

Em nosso meio, o álcool também constitui a substância psicoativa de uso mais disseminado. É a substância mais estudada pela facilidade em se obter informações, por não ser substância ilícita e ter importância central na definição atual de síndrome de dependência de substâncias psicoativas (ALMEIDA; DRATCU; LARANJEIRA, 1996).

A relação dos seres humanos com as substâncias psicoativas apresentam diferentes contextos e motivações ao longo dos tempos. O principal problema social associado ao uso de substâncias está na comercialização desses produtos, que envolve relações de produção e reprodução, de riqueza, poder e simbologia, em um contexto em que essas mercadorias tornam-se fetiches de consumo. O mercado de drogas tem características do capitalismo globalizado (MINAYO, 2003).

O crescimento da vulnerabilidade social, a desfiliação, a pobreza são efeitos de uma política neoliberal adotada pela economia globalizada que engendra, em última instância, a precariedade das relações de trabalho e cuja consequência direta é a desestruturação do emprego e o surgimento de uma classe crescente de miseráveis. Cada vez mais cedo tem início a busca às drogas, a venda do próprio corpo e o tráfico de drogas como forma de sobrevivência. (SOUZA, 2005).

No Brasil, desde os primórdios da institucionalização, período colonial, com a função principal de controle do quadro social, a política vigente para usuários de substâncias psicoativas era de repressão em detrimento de ações preventivas e abrangentes (BUCHER, 1992). A opção por essa abordagem repressiva é proveniente de um modelo americano de guerra às drogas que se espalhou pelo mundo e conseqüentemente para o Brasil.

A constatação de que o uso de substâncias psicoativas tomou proporções graves, constituindo uma demanda de respostas políticas de enfrentamento (prevenção, promoção, recuperação, tratamento, reinserção, etc.). Assim, foram surgindo legislações e a formação de uma rede de serviços para suprir esta demanda, no qual podemos destacar o CAPS AD que foi fundamental para mudar o cenário da atenção à saúde mental no Brasil. Esse serviço enfrentou resistências, uma vez que o SUS possibilitava a contratação de serviços privados, de caráter complementar à rede pública, mas na III Conferência Nacional de Saúde Mental¹ deliberou que o caráter estratégico desses serviços tinham atribuições intransferíveis, resultando na decisão política por uma rede de CAPS de gestão pública. Assim, em 2003, apenas os CAPS's públicos poderiam ser cadastrados no Ministério da Saúde e receberiam incentivos financeiros repassados fundo a fundo. Os CAPS's AD's, especificamente, eram designados atender pacientes com dependências de álcool e outras drogas, desenvolvendo ações de uso integral, de forma planejada, com a lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e de acordo com os princípios da reforma psiquiátrica, com abordagens diversas e na perspectiva da integração social do paciente.

Este trabalho destaca, ainda, o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil que é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão. A Reforma Psiquiátrica é um movimento que mobiliza iniciativas políticas, sociais e culturais cujo objetivo é transformar radicalmente a política de saúde, visando à desconstrução do modelo manicomial. A problemática do consumo de drogas também teve mudanças oriundas deste movimento através das propostas de políticas que incluem o conceito de cidadania, direitos sociais e humanos, reformulações na maneira do cuidado e dos serviços assistenciais, a fim de reintegrar os adictos na sociedade de forma participativa.

A Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos

¹ A III Conferência Estadual de Saúde Mental foi convocada logo após a promulgação da Lei Paulo Delgado, e realizada em dezembro de 2001, em Brasília. Esta Conferência demonstrou haver um grande consenso centrado nos objetivos da Reforma Psiquiátrica consolidando-a como uma política de governo. Deliberações democráticas definiram princípios, diretrizes e estratégias para a saúde mental. Os CAPS foram apontados como peças centrais para as mudanças pretendidas na saúde mental assim como no de uso de álcool e outras drogas.

governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios.

Com criação do Sistema Único de Saúde- SUS surgiram diversas mudanças na atenção à saúde, além de novos serviços e da criação de novas políticas como a Política de Saúde Mental e a Política Nacional Sobre Drogas.

Diante do contexto, o interesse em investigar a efetividade desta política, através dos serviços ofertados no CAPS AD e do levantamento do perfil sócio - econômico e de saúde dos adictos, destacando duas histórias de vida, surge da minha experiência profissional como Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD, administrado pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, precisamente pela Secretária Regional II, onde foi estabelecido vínculos com pacientes, conhecimento e acompanhamento de suas realidades.

Essa pesquisa visa, portanto, contribuir para ampliação do debate sobre o tema, nos levando a refletirmos sobre a necessidade de considerarmos que a prevenção e tratamento das drogas deve ser prioridade na nossa sociedade. Além disso, contribuirá para o atendimento já que é desconhecido o perfil dos adictos que procuram por tratamento neste serviço, dificultando o planejamento de uma política coerente que realmente atenda às necessidades da demanda.

Assim sendo, trabalhos que identifiquem as características das pessoas atendidas, bem como seus limites e possibilidades dos serviços ofertados, podem contribuir no redirecionamento das estratégias de prevenção e da atenção prestada por todos os serviços que integram a rede, bem como o cumprimento das legislações relacionadas à política.

Para uma abordagem mais aprofundada desses assuntos, dividimos este trabalho em quatro capítulos. No primeiro capítulo foi abordado o conhecimento da realidade

empírica, ou seja, a construção do objeto, análise institucional e o percurso metodológico para a apreensão da realidade. No segundo capítulo foram abordadas teorias e legislações sobre efetividade, políticas públicas, substâncias psicoativas, CAPS AD, Redução de Danos e sobre a rede de serviços de saúde aos adictos, além dos elementos multifacetados do álcool e de outras drogas no Estado do Ceará e no município de Fortaleza. No terceiro capítulo destacamos uma parte do estudo empírico, fazendo referência à amostra de análise de prontuários, ou seja, o perfil sócio – econômico e de saúde dos adictos do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas da Secretaria Executiva II, do município de Fortaleza. E no quarto capítulo foi realizada a segunda parte do estudo empírico da temática, através da realização da técnica de história de vida e estudo de caso institucional, e foram apresentados e discutidos os resultados obtidos nesta investigação.

As considerações finais recuperam sinteticamente todo um conjunto de fatos considerados essenciais nesta pesquisa, enunciando a problemática a partir dos objetivos os resultados encontrados.

2 CONHECENDO A REALIDADE EMPÍRICA DO OBJETO

2.1 O INTERESSE PELO DESCONHECIDO E A CONSTRUÇÃO DO OBJETO

O processo de investigação exige do pesquisador o interesse pelo desconhecido, pelas possibilidades que se colocam ao sujeito em sua relação com a realidade e pela validade e alcance social do conhecimento produzido perante as demandas concretas da humanidade.

O Serviço Social como profissão sócio-histórica tem em sua natureza a pesquisa como meio de construção de um conhecimento comprometido com as demandas específicas da profissão e com as possibilidades de seu enfrentamento. Desta forma, a prática profissional é um desafio permanente para os profissionais que pretendam ser críticos e propositivos no atual cenário nacional e em relação ao processo de formação profissional, ou seja, compreender o significado social da profissão e sua estreita relação com as particularidades da “questão social”.

A Questão Social, para o Serviço Social é o conjunto das expressões das desigualdades sociais, étnicas, de gênero, de geração, culturais produzidas na base do modo de produção capitalista (IAMAMOTO, 1992).

Assim, no exercício profissional como Assistente Social do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS AD, administrado pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, precisamente pela Secretária Executiva Regional II, no qual atuei por dois anos, estabeleci vínculos com pacientes e pude conhecer e acompanhar de perto suas realidades.

À medida que aumentava meu conhecimento sobre as histórias de vida, através das técnicas utilizadas em minha prática profissional, pude conhecer de perto suas histórias de vida marcadas pela vivência da pobreza, baixa escolaridade, falta de rendimentos, precário acesso as políticas sociais (saneamento básico, saúde, educação, transporte público) associados à desinformação. No entanto, também foi observado que pessoas esclarecidas, de classe alta e com formação superior procuraram tratamento. Os diversos perfis destes pacientes possibilitaram um conjunto de observações empíricas, suscitando o interesse em realizar o estudo sobre o perfil destas pessoas levando em consideração aspectos de suas

histórias de vida, tais como laços familiares, profissionalização, relacionamentos conjugais, perdas, entre outros.

Foi, também, através da prática profissional, que tive a necessidade de obter mais conhecimento do assunto, sendo necessário o aprofundamento em leituras específicas sobre a Política de Saúde Mental e tudo que envolvia a dependência de substâncias psicoativas.

Através das leituras iniciais e pelo contato que tivemos com a realidade, inúmeras questões foram suscitadas, destacando-se algumas que nortearam a presente dissertação: Qual a trajetória da Política de Saúde Mental? Quais os aspectos históricos do consumo das drogas no Brasil? Quais os limites e possibilidades do CAPS AD na efetivação da Política de Saúde Mental? Qual o perfil sócio – econômico e de saúde dos adictos atendidos no CAPS AD – SR II de Fortaleza? Quais as histórias de vida desses adictos? O que representa o CAPS AD para os beneficiários? Qual o impacto do tratamento realizado no CAPS nas vidas dessas pessoas/famílias?

Acompanhar este processo não é fácil, porém o desafio começa pelo interesse de conhecer os aspectos que envolvem essas histórias de vida, através da compreensão da sociabilidade dos adictos na família, na comunidade e na melhoria da qualidade dos serviços prestados no CAPS AD a partir do conhecimento das suas potencialidades e fragilidades.

2.2 IDENTIFICAÇÃO DO AMBIENTE INVESTIGADO

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do estado do Ceará, Nordeste do Brasil, conforme observado no mapa abaixo:

FIGURA 1: Mapa do Ceará



Fonte: www.encontreceara.com.br

O município de Fortaleza tem 2.452.185 habitantes (IBGE, 2010), e tem sua estimativa em 2013 de 2.551.806 habitantes. Está localizada no litoral Atlântico, com 34 km de praias, sendo a capital de maior densidade demográfica do país, com 7 815,7 hab/km. É a cidade mais populosa do Ceará, a quinta do Brasil e a 91ª mais populosa do mundo.

Fortaleza é um importante centro industrial e comercial do Brasil, com o sétimo maior poder de compra do país. No turismo, a cidade alcançou a marca de destino mais procurado no Brasil em 2004, com atrações como a micareta Fortal no final de julho e o maior parque aquático do Brasil, Beach Park. Em 2010 foi a capital do Nordeste mais procurada por viajantes nacionais, segundo um estudo do Hotéis.com. No cenário nacional, a capital cearense ocupou a 4ª colocação, atrás apenas do Rio de Janeiro, São Paulo e Brasília. É sede do Banco do Nordeste, da Companhia Ferroviária do Nordeste e do DNOCS.

Segundo o site oficial da Prefeitura Municipal de Fortaleza, uma das principais causas do crescimento demográfico de Fortaleza ao longo de sua história foi o período de secas no interior e a consequente fuga para a cidade, o êxodo rural, assim como a busca por melhores condições de emprego e renda. A população de Fortaleza no ano de criação da vila em 1726 é estimada em 200 habitantes no núcleo urbano. O primeiro censo populacional realizado na cidade ocorreu em 1777 (ano de grande seca no Ceará), a mando do Capitão-General José César de Menezes, contabilizando 2.874 pessoas. Em 1808 a população foi estimada em 1.200 pessoas pelo viajante inglês Henry Koster. Em 1813 o governador Manuel Inácio de Sampaio mandou realizar o primeiro censo em todo o Ceará, que contabilizou em Fortaleza população de 12.810 habitantes. A última contagem da população antes do censo nacional de 1872 foi realizada em 1865, durante a Guerra do Paraguai, que resultou em uma população de 19.264 pessoas. O primeiro ponto discrepante do crescimento populacional de Fortaleza se deu entre 1865 e 1872, quando teve início a construção da Estrada de Ferro de Baturité. Por demandar uma grande quantidade de mão de obra, a população da cidade crescia com a economia. Em 1877 outra seca fez uma grande quantidade de flagelados migrarem para Fortaleza e entorno. Migrações repetiram-se ainda nas secas de 1888, 1900, 1915, 1932 e 1942. Nestas três últimas datas foram instalados campos de concentração no interior para evitar a chegada de retirantes à capital, contudo bairros de alta densidade demográfica, como o Pirambu e outras regiões da periferia, têm seus processos de formação diretamente ligados com as migrações de camponeses seduzidos pelas promessas da

modernidade da maior urbe do Ceará.

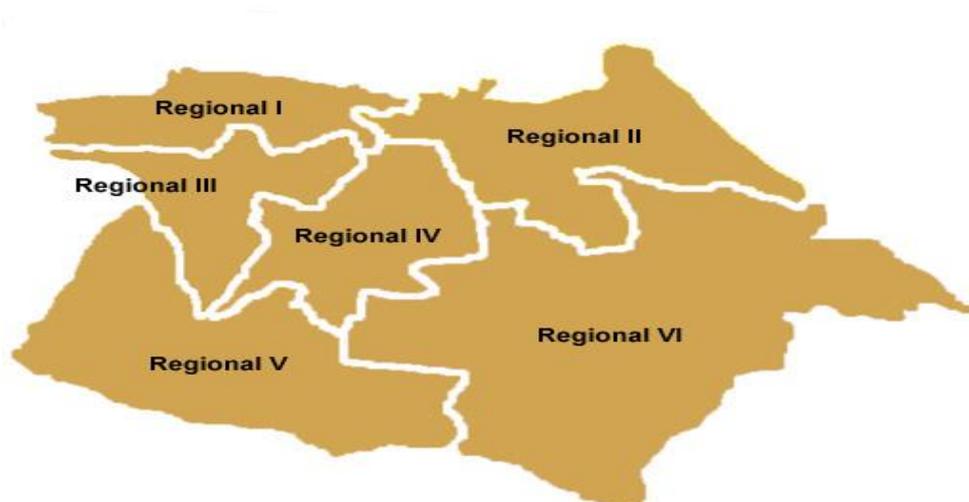
Na década de 1980 Fortaleza tornando-se a segunda cidade mais populosa do Nordeste, com 1.308.919 habitantes. Ao longo das últimas décadas do século XX a cidade foi "inchando" cada vez mais, até atingir mais de dois milhões de habitantes no ano 2000.

Fortaleza, além de suas qualidades e conquistas, possui seus problemas sociais, educacionais e de saúde, os quais podemos destacar o uso e tráfico de drogas, trabalho infante juvenil, violência doméstica, alcoolismo, violência contra os idosos e a prostituição. Outro problema a ser enfrentado no município refere-se ao trabalho e renda, pois é notória a ociosidade de parte da população, seja pela falta de oportunidade, seja pela falta de qualificação.

Para melhor administração da cidade, a Prefeitura está dividida em seis regionais que atuam como “mini prefeituras” em determinados territórios.

Atualmente a administração municipal está dividida em seis Secretarias Regionais que atendem a 116 bairros na execução dos serviços públicos, conforme mapa abaixo:

FIGURA 2: Secretarias Regionais do município de Fortaleza

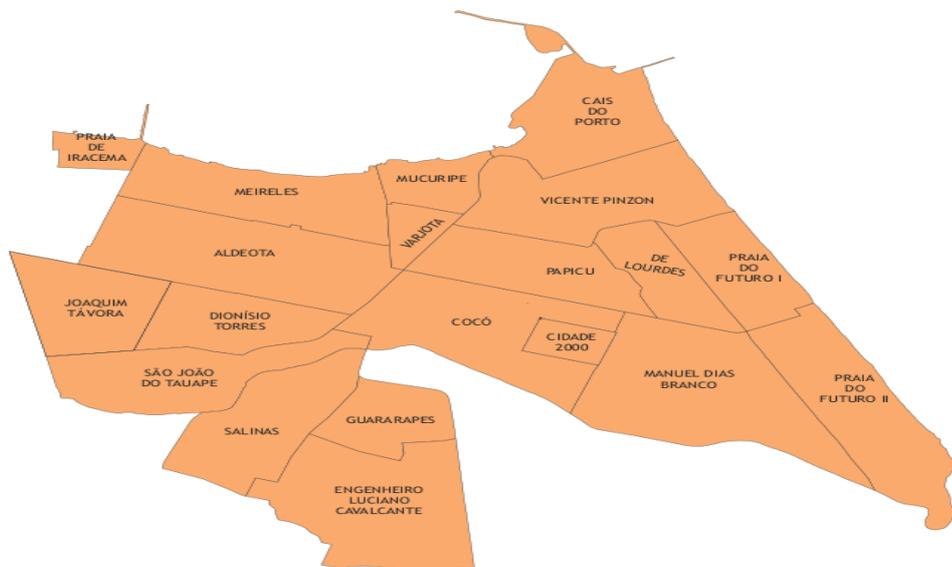


Fonte: www.anuariodefortaleza.com.br

O CAPS AD que será objeto de estudo pertence à Secretaria Regional II que é formada por 20 bairros, onde moram 325.058 pessoas. O grande objetivo da Regional II é

reduzir os desníveis sociais entre seus bairros. Os bairros da SR II são: Aldeota, Cais do Porto, Cidade 2000, Cocó, De Lourdes, Dionísio Torres, Engenheiro Luciano Cavalcante, Guararapes, Joaquim Távora, Manuel Dias Branco, Meireles, Mucuripe, Papicu, Praia de Iracema, Praia do Futuro I e II, Salinas, São João do Tauape, Varjota e Vicente Pinzon, conforme mapa abaixo:

FIGURA 3: Secretaria Regional II e seus bairros



Fonte: www.fortaleza.ce.gov.br

2.3 CAPS AD COMO LÓCUS DA PESQUISA

A criação dos CAPS's tem como objetivo oferecer atendimento à população moradora na área de abrangência em um modelo que prioriza a reabilitação e reintegração psicossocial do indivíduo adoecido, seja com transtornos mentais, seja com a dependência de substâncias psicoativas, mediante o acesso a outras políticas e ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

As portarias definem as diretrizes do tratamento em CAPS AD com a função de atender a população dentro de uma lógica territorial, com atividades “terapêuticas e preventivas à comunidade”, com atendimento diário na perspectiva de redução de danos, com planos de tratamento personalizado; com atendimento nas modalidades não intensiva, semi-intensiva e intensiva, garantindo atenção e acolhimento; com condições de realizar repouso e

desintoxicação ambulatorial de usuários com necessidade; promover a interação dos familiares ao tratamento do usuário; promover relações intersetoriais visando à reinserção do usuário em seu contexto social, e desenvolver ações que priorizem diminuir o estigma e preconceito relativo ao uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2003).

A Portaria nº. 2197 do Ministério da Saúde de 14 de outubro de 2004, com a função de redefinir e ampliar a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, institui a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, definindo diretrizes de interação entre a atenção básica, serviços de CAPS AD, unidades hospitalares especializadas e rede de suporte social complementar à rede de serviços disponíveis no SUS (BRASIL, 2004).

Segundo a Política Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a complexidade que envolve a questão do uso de drogas torna necessária a inter-relação entre diversos serviços da comunidade, visando possibilitar um melhor planejamento das ações a serem desenvolvidas, tanto individual quanto coletivamente e inclui áreas do judiciário, educação, assistência social, cultura, esporte e movimentos sociais diversos.

O CAPS AD Tipo III, onde será realizada a pesquisa de campo, é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)², de base comunitária, responsável por um determinado território em parceria com demais serviços de saúde, em especial com a Atenção Básica e com a urgência e emergência. Acolhe pessoas encaminhadas por outros serviços e por demanda espontânea. Dispõe de equipe multiprofissional e é um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas. Deve funcionar durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Oferece hospitalidade noturna a pacientes em situação de risco psicossocial que necessitem de cuidados mais intensivos. Os recursos para seu funcionamento são repassados fundo a fundo. Podem aderir ao serviço os municípios ou regiões de saúde com população a partir de 200.000 habitantes.

² A Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, através da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A RAPS é composta por sete componentes: Atenção Básica na Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial.

Na consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil, observa-se a ampliação consistente do número de CAPS. Em 1996 eram 154 unidades, em 2007 1.153 e segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 2012 existiam no Brasil 822 CAPS I³; 431 CAPS II⁴; 63 CAPS III⁵; 272 CAPS ad II⁶ e 149 CAPSi⁷ e 5 CAPS ad III⁸ perfazendo um total de 1742 serviços. Em 2015 os CAPS Ad III subiu sua quantidade para 59 unidades. Paralelo a implantação desse serviço, cabe uma avaliação, analisando seu desempenho, suas possibilidades e limitações.

O CAPS AD tem se mostrado como um cenário favorável à construção da rede de relações sociais voltado ao trabalho terapêutico, sem se afastar da vida cotidiana do usuário, estando em funcionamento com ampla rede de ofertas terapêuticas, objetivando a substituição do modelo hospitalocêntrico.

Para Amarante (2003), o CAPS é um espaço de produção de novas práticas sociais para lidar com o sofrimento psíquico, para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde.

³ O CAPS I tem a capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 20.000 habitantes e devem cobrir toda a clientela (crianças, adolescentes, adultos e idosos) com transtorno mentais, além das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e de outras drogas. Tem o limite de atender no máximo 30 (trinta) pacientes por dia e sua equipe mínima é formada por 5 (cinco) profissionais de nível superior e 4 (quatro) de nível médio.

⁴ O CAPS II tem a capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 70.000 habitantes e devem cobrir toda a clientela (crianças, adolescentes, adultos e idosos) com transtorno mentais, além das pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e de outras drogas. Tem o limite de atender no máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes por dia e sua equipe mínima é formada por 6 (seis) profissionais de nível superior e 6 (seis) de nível médio.

⁵ O CAPS III tem a capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Constitui-se em um serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Oferta retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Tem o limite de atender no máximo 60 (sessenta) pacientes por dia e sua equipe mínima é formada por 8 (oito) profissionais de nível superior e 8 (oito) de nível médio.

⁶ O CAPS AD II é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios ou regiões com população superior a 70.000 habitantes.

⁷ O CAPS i é um serviço de atendimento para atendimentos a crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes ou que fazem uso de álcool e outras drogas. É um serviço aberto e comunitário indicado para municípios ou regiões acima de 150.000 habitantes.

⁸ O CAPS III tem a capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. Constitui-se em um serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana, para crianças, adolescentes e adultos que fazem uso de álcool e outras drogas. Tem o limite de atender no máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes por dia e sua equipe mínima é formada por 7 (sete) profissionais de nível superior e 6 (seis) de nível médio.

Saraceno (1999) destaca que esses serviços tem como algumas de suas finalidades implementar os princípios da Reforma Psiquiátrica, alicerçando suas práticas no respeito aos direitos humanos e à defesa da vida.

O CAPS AD – SR II foi fundado no ano de 2005, onde funcionava em uma casa alugada no Bairro Cocó. Somente em dezembro de 2012, após mudança de endereço e com liberação do Ministério da Saúde, iniciou o atendimento de desintoxicação, ou seja de internação de pacientes, contando com dez leitos e caracterizando-se como um serviço público alternativo ao sistema de internação hospitalar para tratamento de drogas. Desta forma passou a ter seu horário de funcionamento diferenciado: de segunda a sexta-feira das 8 às 17 horas para atendimento ao público e 24 horas de atendimento para os internos.

O prédio onde funciona o CAPS AD – SR II, atualmente, fica situado na Avenida Duque de Caxias, 1880 – Centro – Fortaleza – CE. é alugado, composto por uma sala de espera, uma recepção, uma sala de arquivo, uma sala para realização de acolhida, uma sala onde funciona a coordenação, quatro salas para atendimentos individuais, uma farmácia, uma enfermaria composta por dez leitos, uma quadra coberta, um auditório, uma cozinha, um almoxarifado para guardar a alimentação, uma biblioteca, amplo espaço aberto e seis banheiros.

Sua equipe é composta por quatro psicólogos, um médico clínico, um assistente social, sete enfermeiros, um farmacêutico, sete técnicos de enfermagem, um médico psiquiatra, 02 médicos residentes em psiquiatria (somente uma vez por semana), um artista, uma massoterapeuta, uma recepcionista, três auxiliares administrativos, dois auxiliares de serviços gerais, uma cozinheira, quatro seguranças, dois guardas municipais, uma assistente de gestão e atualmente a coordenadora do serviço encontra-se de licença médica, estando em seu lugar, provisoriamente, uma pessoa com experiência de nove anos em CAPS com curso técnico de enfermagem e formação superior em Estética. Observamos a ausência de profissionais de Educação Física, Nutricionista e Terapeuta Ocupacional, além de que em algumas categorias tem um número inferior ao necessário. Ressalta-se que os técnicos de nível superior são todos contratados temporários, aprovados em seleção pública, os funcionários de nível médio e fundamental são todos terceirizados e a substituta da coordenadora é cargo comissionado.

Os profissionais de nível superior, com exceção da Assistente Social e de uma Psicóloga, nunca tiveram experiência no âmbito de álcool e drogas, e a Prefeitura não concedeu nenhuma formação. Destacamos, ainda, a precarização do trabalho em que estes profissionais sofrem, já que são contratados temporariamente, com baixos salários e sem nenhuma garantia trabalhista. Ressaltamos que estes contratados duram até dois anos, ocorrendo um grande rodízio de profissionais no serviço, comprometendo o tratamento dos pacientes diante de quebra de vínculos constantes.

As atividades desenvolvidas no CAPS AD são organizadas pelos profissionais e se dividem em atividades terapêuticas (grupos de família, terapia comunitária, grupo social, grupo de dinâmica familiar, grupo de acolhimento, grupo de psicoterapia, atendimento ambulatorial), oficinas dirigidas (bijuterias, artesanato, cestaria em jornais), culturais (violão e música), sociais (assembleias, festas típicas, confraternização dos aniversariantes do mês, filmes temáticos, oficinas temáticas, passeios na comunidade). A equipe que atua no CAPS AD realiza uma reunião semanal de quatro horas para discussão das atividades, estudo de casos e assuntos relacionados ao processo de trabalho.

Atualmente funcionam os seguintes grupos no CAPS AD SR II: Música, Grupo terapia, antitabagismo, redução de danos, auto cuidado, prevenção de recaída e Grupo de Família, além de oficinas de artesanato, matriciamento, cuidado com a medicação, visitas domiciliares, visitas institucionais e visitas dos pacientes aos pontos culturais do município. Todos os profissionais realizam atendimento individual.

É importante ressaltar que o atendimento ofertado no CAPS AD é respaldado em Portarias publicadas pelo Ministério da Saúde. Essas portarias definem o atendimento por meio da elaboração de um Plano Terapêutico Singular - PTS ao adicto. O PTS deve conter a modalidade de atendimento a ser desenvolvida que, segundo a Portaria nº. 336 poderá ser: não intensiva (1 a 2 atendimentos ao mês), semi-intensiva (3 a 11 atendimentos ao mês), e intensiva (12 a 22 atendimentos ao mês). As ações deverão estar integradas a uma rede de leitos psiquiátricos em hospitais gerais e ações de atenção comunitárias conforme as necessidades da população (BRASIL, 2002).

O tratamento tem início na acolhida, realizada por um profissional de nível

superior, e após o processo de escuta do usuário, considerando os dados coletados, ambos definem o PTS, com definição da frequência de comparecimento aos atendimentos individuais e grupais e das atividades que o usuário desenvolverá durante o tratamento. Em alguns casos ocorre o encaminhamento para outras instituições de tratamento, conforme necessidade.

2.4 O DESENHO METODOLÓGICO À APREENSÃO DA REALIDADE

2.4.1 Natureza da Pesquisa

A metodologia de pesquisa, para Minayo (2003), é o caminho do pensamento a ser seguido. Ocupa um lugar central na teoria e trata-se basicamente do conjunto de técnicas a serem adotadas para construir uma realidade.

A pesquisa qualitativa é a que responde essencialmente as necessidades deste trabalho, pois busca a obtenção de dados analíticos mediante o contato do pesquisador com os participantes do estudo.

Minayo (2003) conceitua pesquisa qualitativa como uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. São falas, silêncios, lágrimas, sorrisos, gestos, enfim, uma infinidade de símbolos que compõe a apreensão da realidade estudada.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2004)

E, segundo Lakatos (1986), a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicos no processo de pesquisa qualitativa. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem.

No percurso metodológico deste trabalho recorreremos à pesquisa bibliográfica, documental e empírica. A pesquisa bibliográfica acompanhou todo o processo investigativo, onde utilizamos uma literatura diversificada relacionada ao tema, que possibilitou um maior esclarecimento acerca de nossos questionamentos.

Em relação à pesquisa documental, examinamos tabelas estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE), bem como com documentos oficiais referentes à legislação brasileira que trata da temática em questão.

Quanto aos instrumentos que foram utilizados durante a pesquisa de campo, recorreremos à observação sistemática, com registro em diário de campo e história de vida, a fim de alcançarmos os objetivos dessa pesquisa, qual seja, a reconstrução da trajetória de vida de pacientes do CAPS AD.

A pesquisa de campo parte de uma investigação empírica realizada no local onde ocorre um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-los (VERGARA e LIGGIERRI, 2005, p.48).

Para Queiroz (1987), na história de vida a entrevista é livre e é construída a partir de vários depoimentos.

Para Cruz Neto (1994), a entrevista se caracteriza “(...) por uma comunicação que reforça a importância da linguagem e do significado da fala e serve como um meio de coleta de informações sobre um determinado meio científico”. Ou seja, serve tanto para obtenção de dados objetivos quanto subjetivos, tais como estatísticas para traçar o perfil social dos entrevistados (sexo, idade, escolaridade etc.), bem como para conhecermos os valores e atitudes destes.

A amostra representativa dessa pesquisa obedeceu a critérios qualitativos, tendo em vista os propósitos a que este estudo se propõe, não descartando o uso de dados numéricos quando necessário. Para Martinelli (2003), na escolha da amostra, o importante não é o quantitativo de pessoas que vai prestar as informações, mas sim o significado que estas têm em função daquilo que buscamos com a pesquisa. Isso permite ao pesquisador um maior aprofundamento na sua relação com o sujeito e o objeto estudado.

Concordando com essa autora, Minayo (1994) nos diz que o número de pessoas escolhidas durante a pesquisa é o menos importante quando se trata de uma abordagem qualitativa, sendo considerada uma boa amostragem aquela que permite abranger as múltiplas dimensões do objeto estudado.

Assim sendo, para a construção do perfil dos pacientes foi utilizada a seguinte fórmula: $n = \frac{z^2 * p * q * n}{e^2 * (n-1) + z^2 * (p * q)}$ ⁹ que resultou na análise de 235 prontuários, uma amostragem representativa com erro de 5%, acerto de 95% e com prevalência do fenômeno de 50%.

Segundo Soares (1994), a história de vida serve para captar o que acontece na intersecção entre o individual e o social e permite que elementos do presente interajam com elementos do passado. É um olhar retrospectivo na vida e permite uma visão total do conjunto tornando possível uma visão mais aprofundada do momento passado.

Já Queiroz (1988) acrescenta que a história de vida inclui depoimentos, entrevistas, biografias, autobiografias, que embora tenha sido o pesquisador a escolher o tema e a formular um roteiro temático, é o narrador que decide o que narrar. Importante que as informações são relatadas pelos próprios participantes, o que traz um certo grau de atenção do ponto de vista dos depoimentos serem totalmente verdadeiros.

Foi utilizado, também, o método de Estudo de Caso. Para Goode & Hatt (1969) o Método do Estudo de Caso não é uma técnica específica. É um meio de organizar dados sociais preservando o caráter unitário do objeto social estudado". De outra forma, TULL (1976) afirma que "um estudo de caso refere-se a uma análise intensiva de uma situação particular" e BONOMA (1985) coloca que o "estudo de caso é uma descrição de uma situação gerencial".

Nesta pesquisa foi considerado o conceito de YIN (1989) que afirma que "o estudo de caso é uma inquirição empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de um contexto da vida real, quando a fronteira entre o fenômeno e o contexto não é

⁹ $n = \frac{z^2 * p * q * n}{e^2 * (n-1) + z^2 * (p * q)}$, onde o "n" é o tamanho da amostra; "z" é o grau de confiança que será obtido com o resultado da pesquisa; "e" é a margem de erro; "p" é probabilidade de confiança e o "q" é a probabilidade de erro.

claramente evidente e onde múltiplas fontes de evidência são utilizadas".

De acordo com YIN (1989), a preferência pelo uso do Estudo de Caso deve ser dada quando do estudo de eventos contemporâneos, em situações onde os comportamentos relevantes não podem ser manipulados, mas onde é possível se fazer observações diretas e entrevistas sistemáticas. Apesar de ter pontos em comum com o método histórico, o Estudo de Caso se caracteriza pela "... capacidade de lidar com uma completa variedade de evidências - documentos, artefatos, entrevistas e observações." (YIN,1989)

De forma sintética, YIN (1989) apresenta quatro aplicações para o Método do Estudo de Caso: Para explicar ligações causais nas intervenções na vida real que são muito complexas para serem abordadas pelas estratégias experimentais; Para descrever o contexto da vida real no qual a intervenção ocorreu; Para fazer uma avaliação, ainda que de forma descritiva, da intervenção realizada; e Para explorar aquelas situações onde as intervenções avaliadas não possuam resultados claros e específicos.

O Método do Estudo de Caso obtém evidências a partir de seis fontes de dados: documentos, registros de arquivos, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos e cada uma delas requer habilidades específicas e procedimentos metodológicos específicos, os quais já foram mencionados que serão utilizados nesta pesquisa.

A coleta de dados foi realizada a partir da consulta aos registros de atendimentos prestados aos adictos do CAPS AD, através do instrumental anamnese que é preenchida na acolhida, é o momento onde o usuário relata sua história de vida e o motivo que o levou a procurar o tratamento. Nesta fonte foram coletados dados sócio - econômico e de saúde, uso de substâncias psicoativas e dados relacionados ao tratamento.

Além do prontuário, foram utilizadas as fichas de evolução, onde são registrados os dados relacionados ao plano terapêutico do usuário, assim como da frequência ao tratamento. Estes registros possibilitaram o levantamento do número de comparecimentos em seis meses e estimar o tempo decorrido entre a triagem e o último comparecimento. A ficha de evolução também proporcionou dados dos encaminhamentos realizados para atendimento

em outras instituições e as interações realizadas.

Já a técnica de história de vida utilizada nesta pesquisa contou com depoimentos de dois pacientes do CAPS AD – SR II que foram direcionadas por meio de entrevistas abertas. As entrevistas ocorreram no CAPS AD – SR II, em sala reservada, tendo como base um roteiro que perpassa pelas várias fases da vida (infância, adolescência, juventude e adulta). A gravação foi necessária para que não ocorresse deturpação das frases, respeitando o desejo ou não de responder e levando em consideração os sentimentos e lembranças vivenciados. Ambos tiveram livre arbítrio para participar da pesquisa, recebendo informações e esclarecimentos acerca da mesma, inclusive sobre a gravação dos discursos nas entrevistas.

Após concluída a pesquisa empírica, realizamos a análise e interpretação dos dados, sistematizando os dados brutos coletados em informações relevantes que possibilitaram uma melhor compreensão do objetivo de pesquisa.

Para Baptista (2003), os dados da pesquisa qualitativa se dão em um contexto de relações, sendo colhidos em um processo de idas e vindas e na interação com os sujeitos, sendo considerados na análise dos dados todos os fenômenos, até mesmo o silêncio, como um dado significativo.

Para Minayo (1992), nesta fase buscam-se três objetivos: a compreensão dos dados coletados; confirmar ou não as hipóteses ou responder às inquietações iniciais; e, por fim, ampliar o conhecimento sobre a temática pesquisada, articulando-o ao contexto sócio-histórico do qual faz parte.

Seguimos com a ordenação de dados, que, conforme Minayo (1992), refere-se ao mapeamento de tudo o que foi obtido no trabalho de campo, posteriormente agrupando-os em categorias, e, por último, realizando as articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, fazendo uma relação entre o concreto e o abstrato, o geral e particular.

Foram realizados codificações, tabulações e revisão dos dados, e em seguida foram convertidos em dados estatísticos, quando necessário. Após a classificação das falas dos pacientes e as observações realizadas, componentes das categorias empíricas, foram

realizadas as sínteses entre os sujeitos e observações da prática, agrupando as ideias convergentes, divergentes, complementares e diferentes.

A análise de dados seguirá os critérios propostos pela técnica de análise de conteúdo crítica que faz parte de uma busca metodológica, teórica e prática no campo das investigações sociais (MINAYO, 2008).

Para a análise, os dados da pesquisa foram categorizados, de acordo com os objetivos definidos para o estudo, e discutidos com base nas categorias teóricas de análise relativas aos preceitos do SUS e Reforma Psiquiátrica.

2.5 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto desta pesquisa passou pela avaliação Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – COGETS com o processo de Nº P673926/2015, que foi dado entrada dia 10 de julho de 2015 e teve parecer favorável dia 13 de Outubro de 2015. Os sujeitos da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), respeitando e atendendo aos princípios éticos, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). E a coordenação do CAPS AD teve acesso ao Termo de Fiel Depositário.

2.6 SUJEITOS DA PESQUISA

A população de estudo foi composta por uma amostragem de 235 usuários que estavam em atendimento no CAPS AD / SR II, no período de janeiro a julho de 2015, através da análise de prontuários, e a realização de duas histórias de vida que teve como critério de inclusão que seja um paciente com pelo menos seis meses de vínculo com o serviço; que esteja em atendimento na unidade; ter sido atendido por mais de um profissional de nível superior; apresentar condições cognitivas para responder os questionamentos contidos na entrevista e aceitar participar da pesquisa mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

2.7 VARIÁVEIS DE ESTUDO

2.7.1 Sociodemográficas

Serão considerados os seguintes dados:

- Idade: considerada em anos completos na data em que ocorreu a triagem e categorizadas posteriormente em faixas etárias;

- Sexo;

- Bairro de origem;

- Escolaridade;

- Raça/cor;

- Situação conjugal;

- Relacionamento Familiar;

- Renda e situação profissional.

2.7.2 Uso de substâncias psicoativas

Serão considerados os seguintes dados:

- Substância manifesta: substância psicoativa que levou o usuário a buscar o tratamento. Esta nem sempre será a substância preferencial ou geradora de disfuncionalidade;

- Substâncias psicoativas associadas: outras substâncias psicoativas utilizadas em associação ao uso da substância manifestada na triagem;

- Dependentes na família: será considerada a presença de familiares dependentes;
- Motivação subjacente ao consumo: motivos que levaram ao consumo (vontade/curiosidade, hábitos sociais, perdas, influência/pressão de amigos, etc);
- Tempo médio de consumo de drogas;
- Padrões do uso: se o uso é diário, semanal, mensal, etc;
- Local de consumo;
- Problemas físicos, psicológicos e sociais associados a dependência.

2.7.3 Relacionadas ao tratamento

Serão considerados os seguintes dados:

- Tipo de demanda: espontânea ou referenciada;
- Encaminhamento para outros serviços após triagem no CAPS AD;
- Classificação do caso: novo ou retorno (reavaliação);
- Modalidade de atendimento: Não intensiva, semi-intensiv e Intensiva;
- Número de comparecimentos: frequência de comparecimento ao CAPS AD em seis meses;
- Diagnóstico;
- Uso de medicação;
- PTS.

3 A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA SOBRE DROGAS

3.1 A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Ampliar o debate em torno das políticas públicas de saúde no Brasil requer um levantamento histórico dos diversos contextos vividos por nossa sociedade.

Através das leituras, apreendemos, recriamos e potencializamos novas vivências e saberes. Dentro dessa lógica, estudar e compreender as políticas públicas no Brasil atual requer uma revisão histórica de como os serviços de saúde foram organizados de acordo com a concepção política e suas legislações, e a relação entre Estado e sociedade civil.

Segundo Amarante (2001), as políticas públicas estão relacionadas aos diferentes modelos de Estado que se sucederam e coexistiram nos últimos séculos. As primeiras ações que, posteriormente seriam consideradas a origem da saúde pública ocorreram entre o século XVIII e a primeira metade do século XIX.

Neste trabalho priorizamos o resgate histórico a partir de 1930, onde o Estado Guardião ou Liberal caracterizado pela não interferência no processo econômico-social prevalecia.

No período de 1930 a 1940 caracterizado pela mudança no modelo de desenvolvimento econômico agro-exportador para o modelo agro-industrial, se inicia o que podemos chamar de proteção social. Nesse sistema de proteção o Estado exerce regulação direta nos campos da educação, saúde, previdência social, programas de habitação populares e de alimentação, saúde pública e transporte coletivo.

As décadas de 1950 a 1970 caracterizaram-se por ações de uma política de planejamento estatal da economia e de desenvolvimento de políticas públicas, caracterizando o estado social. Nesta época a discussão sobre o projeto de reforma sanitária foi iniciado, questionando-se o modelo hegemônico de atenção à saúde que beneficiava somente os trabalhadores inseridos no mercado formal.

Durante os governos militares as políticas sociais assumem a função de mitigar a profunda repressão imposta pelo autoritarismo militar.

No início da década de 1980, a situação econômica brasileira caracterizava-se por um aumento crescente da dívida externa e os altos índices de inflação agravando a baixa qualidade de vida da população e reduzindo os investimentos nas políticas sociais. O estado neoliberal prevalece gerando ainda mais desigualdades sociais e redução de investimentos em políticas públicas de saúde.

Com a abertura política, a sociedade brasileira com estruturas de negociação mais fortes e concentradas, evidenciam debates técnicos, acadêmicos com a participação da sociedade civil que aponta para a necessidade de uma nova constituição.

Assim, a Carta Constitucional de 1988 consagrou o direito social universal à saúde. Sua ação faz parte da ação do Estado brasileiro na produção e regulação das atividades econômicas voltadas para resolver problemas de saúde e de adoecimento que afetam a massa da população brasileira (MENDONÇA in MATOS & PINHEIRO, 2006).

Influenciada pelo Movimento da Reforma Sanitária, a Constituição de 1988 incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica na organização da saúde e cria um Sistema Único de Saúde (SUS). Norteado pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, o SUS tem como objetivos finais promover, proteger e recuperar a saúde da população brasileira. Em 1990 a Lei n. 8.080/90 foi editada em seus artigos. 5º e 6º, que tratam dos objetivos e das atribuições do SUS, tentando melhor explicitar o art. 200 da Constituição Federal.

Com a criação do SUS, foram surgindo vários programas e serviços nos anos 90 e 2000, os quais podemos destacar: Programa Saúde da Família – PSF, Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – PACS, Pacto pela Saúde, Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS, Centro de Atenção Psicossocial, Núcleo de Apoio a Saúde, Serviços de Urgência e Emergências, e muitos outros. Além disso são inúmeras as legislações que permeiam a Política Pública de Saúde.

3.2 O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Embora contemporâneo à Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela superação do modelo manicomial, no auge da democratização, marcada por denúncias de violência e maus-tratos aos portadores de transtornos mentais de longa permanência em hospitais públicos.

A partir de então, inicia-se o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos, protagonizado pelo Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Segundo Amarante (2008) a atual concepção de Reforma Psiquiátrica vem configurar um processo bastante inovador, original e prolífero, permeado por inúmeras iniciativas práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas, e uma emergente produção teórica, na qual novas questões surgem no cenário do campo da saúde mental.

Nessa perspectiva, o processo de Reforma Psiquiátrica é um projeto democrático e participativo, onde os protagonistas desse processo são os gestores do SUS, os trabalhadores em saúde e, principalmente, os usuários e os familiares dos usuários dos CAPSs e de outros serviços substitutivos.

O MTSM procurou consolidar-se como um movimento social, com a incorporação de usuários, familiares, conselhos de saúde e sociedade civil organizada. Isso se deu a partir da realização do II Congresso Nacional do MTSM, em Bauru/SP, em 1987. Neste mesmo ano, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, quando o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) passa a denominar-se “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial”, sendo então lançado o slogan: “por uma sociedade sem manicômios”.

Nesse período, surge no Brasil, na cidade de São Paulo, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Em 1989, inicia-se um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta

(local de maus-tratos e de mortes de pacientes). Essa intervenção, com repercussão nacional, demonstrou a forma equivocada de tratamento, mas também a possibilidade de construir uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste mesmo ano o Congresso Nacional recebe o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005).

Desta forma, inicia-se as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo, sendo que nos anos de 1991 e 1992 foram publicadas as primeiras portarias do Ministério da Saúde no sentido de viabilizar, financeiramente, a mudança do modelo assistencial, além de regulamentar o funcionamento dos serviços de saúde mental (ALVES; GULJOR, 2005).

Esse momento marcou a entrada de lideranças do MTSM nas secretarias estaduais de saúde, permitindo processos de intervenção nos hospitais psiquiátricos do país, assim como a expansão gradativa da rede ambulatorial em saúde e saúde mental, de equipes multiprofissionais e a humanização dos processos de reinserção social dentro de algumas instituições estatais. A partir desse legado, o processo da Reforma Psiquiátrica potencializou-se com a realização de sucessivas Conferências de Saúde Mental, no sentido de construir um outro modo de pensar sobre a pessoa com transtornos psíquicos, não apenas identificando seu diagnóstico, mas ressaltando sua existência e seu sofrimento.

A aprovação, em abril de 2001, da Lei nº. 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica, que redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais impõe novo impulso e novo ritmo para o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (MELLO, 2007).

Logo depois foi publicada a Portaria nº. 336/02 e a Portaria nº. 189/02, que incorporaram os avanços que conduziram uma nova proposta de assistência em saúde mental, o que inclui o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS como dispositivo estratégico na remodelização hospitalar. Os CAPS se propõem lidar com os transtornos psíquicos de

maneira diferenciada da tradicional abordagem, promovendo a produção de novas práticas sociais.

Os Centros de Atenção Psicossocial e os demais serviços de saúde mental necessitam estar articulados com a rede de saúde, assumindo nela um papel estratégico na inclusão das pessoas com transtorno psíquico. Integrar-se ao cotidiano do usuário e conhecer sua realidade vem potencializar os cuidados em saúde mental e a reabilitação psicossocial.

O eixo norteador desse processo consiste na amplitude das importantes relações que compõem essa rede, composta por pessoas, sua existência, sofrimentos e a maneira como interagem nesse cenário. Nessa perspectiva, a Reforma Psiquiátrica se constitui em um processo social complexo, compreendendo-se “complexo” não como uma redução à complicação, mas como uma “relação entre as parte e o todo” em que “o todo que está igualmente na parte [...]”, ou seja, onde “cada ponto contém a totalidade” (MORIN, 2004).

3.3 A CONSTRUÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

A Política de Saúde Mental do SUS segue as determinações da Lei n.º 10.216/2001¹⁰ e é referendada pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, que aconteceu em 2001, e pelas Conferências Nacionais de Saúde. Ela tem, como diretriz principal, assegurar o acesso ao cuidado com qualidade, através da mudança do modelo de atenção (do hospitalocêntrico para o comunitário outerritorial).

Concordo com o pensamento de que a saúde mental é um dos poucos campos de conhecimento e atuação na saúde tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes (AMARANTE, 2007).

Assim, a proposta é um a possibilidade de maior acompanhamento do paciente in loco, isto é, no seu território, no ambiente em que convive com seus familiares, em que mantém vínculos amigáveis, no seu local de pertencimento, além de não excluí-lo da circulação pela cidade, movimento importante na retomada de sua singularidade.

¹⁰ A Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001, conhecida como Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, dispõe sobre a proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil.

Nesse contexto, as unidades básicas de saúde tornaram-se um instrumento valioso para o atendimento às demandas em saúde mental, devido, entre outros fatores, a estarem próximas da comunidade, permitindo a utilização dos dispositivos coletivos, presentes na comunidade, como potencializadores da produção de saúde.

No dia a dia das equipes de saúde da família, os profissionais permeiam por pacientes com hipertensão, diabetes, obesidade, processo gestacional e outras situações, considerando-se o conceito ampliado de saúde, a saúde mental permeia todas as expressões do ser humano e pode ser auxílio valioso, ou seja essas comorbidades clínicas possuem um componente de sofrimento subjetivo associado, na medida em que o sujeito em sofrimento possui necessidades que atravessam diversos campos.

Cotidianamente, usuários portadores de sofrimento psíquico são identificados pelas Equipes de Saúde da Família. São casos que exigem intervenção imediata, pois podem evitar a utilização de recursos assistenciais mais complexos desnecessariamente.

A continuidade do cuidado depende da articulação entre atenção básica e saúde mental, contribuindo para a melhoria da assistência prestada e ampliação do acesso da população aos serviços.

Nessa concepção de cuidado, faz-se necessário planejar fluxos com ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar para uma rede cuidadora (sistema de referência e contrarreferência, como um tramado de cuidado, e não com centralização numa hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais), permitindo a inclusão do usuário (CECCIM, 2005).

Para que isso ocorra, faz-se necessário investir no desenvolvimento de habilidades para o trabalho em rede, e expandi-lo na organização da atenção focada na estrutura da rede básica e dos processos de hierarquização por encaminhamentos e devolução à porta de entrada. Essas mudanças só acontecerão com a participação dos trabalhadores do SUS.

Dessa maneira, a Rede de Atenção Básica é vista como um lugar estratégico e complexo de atribuições, tanto mais resolutiva, para conjuntos cada vez maiores de problemas

de saúde, conforme se der a distribuição das ações e serviços para alcançar a integralidade, sem prejuízo da qualidade da atenção (CECCIM e FERLA, 2006).

Diante da realidade em que vivemos, em termos de políticas públicas para a saúde mental, em especial para os dependentes de substâncias psicoativas, se faz importante a proposta de atenção em saúde que seja de base comunitária. Por conta do estigma, as redes de relação que podem acolher um dependente de drogas são bastante reduzidas, já que as famílias não sabem lidar com a situação, escolhendo como alternativa o seu isolamento do convívio familiar, além de que, em alguns casos, o usuário coloca sua família em situações de risco.

Além da base comunitária e da redução de danos, podemos destacar que as principais características de Atenção Integral à Saúde dos dependentes de substâncias psicoativas são: a territorialização, intersetorialidade e a intrasetorialidade. Ou seja, cada serviço de saúde deve atender determinado espaço para facilitar o vínculo e o tratamento não deve ser só responsabilidade da saúde e sim envolver diversas políticas públicas.

Podemos destacar os seguintes níveis de atendimento, acompanhamento e tratamento dos dependentes de substâncias psicoativas: Atenção primária, Secundária e Terciária.

Na Atenção Primária existem as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Equipes de saúde da Família (ESF) que são a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS). Nestes serviços são realizadas ações de prevenção e promoção de saúde e encaminhamentos para outros níveis de atenção à saúde.

Na Atenção Secundária temos os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) que oferecem atendimento diário, com um plano terapêutico individual, possibilitando a realização de diversos encaminhamentos e parcerias com as demais políticas públicas. O atendimento é realizado de forma ambulatorial, e para aqueles que necessitam de atendimento de maior urgência são ofertados leitos para a desintoxicação.

Na Atenção Terciária prevê-se a utilização de leitos hospitalares para

desintoxicação quando o paciente está em crise de abstinência, pois requerem de cuidados mais especializados.

3.4 O SURGIMENTO DOS CAPS'S

No Brasil, o ano 1987 marcou o movimento pela saúde mental, pois foi realizada a primeira Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro, e em São Paulo aconteceu o II Congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), cujo lema foi: “Por Uma Sociedade Sem Manicômios” (AMARANTE, 2006).

Neste mesmo ano surge o “Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil em São Paulo, um meio termo entre o hospital psiquiátrico e ambulatório de saúde mental, seguindo a linha da Psicoterapia Institucional francesa e da Psiquiatria Democrática italiana. Com esta primeira experiência houve uma multiplicação dos CAPS e dessa forma o modelo de atenção psicossocial passa a substituir o arquétipo centrado nos hospitais (DEVERA; COSTA-ROSA, 2007).

Defensor pela reformulação na área da saúde mental, o Deputado Paulo Delgado (PT/MG), em 1989, sugere uma Lei que propõe a extinção progressiva dos manicômios por uma atenção mais integrada à pessoa com sofrimento psíquico. Essa Lei, no entanto, só foi sancionada em 2001, ou seja, doze anos após estar em tramitação no Congresso Nacional, dessa forma entrou em vigor a Lei 10.216 impulsionando e fazendo crescer o movimento da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2006).

No ano de 2002 foi recomendada pela III Conferência Nacional de Saúde Mental a redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos do SUS (MS, 2001). Neste mesmo ano o número de leitos disponíveis nos hospitais psiquiátricos era de 51.393, com o processo de expansão da rede de atenção à saúde mental, ocorreu ao longo destes anos o fechamento de forma pactuada e programada, hoje o número de leitos equivale a cerca de 30% do total de 2002 (BRASIL, 2011).

Regulamentado pela Portaria 336/GM de 19 de fevereiro 2002, os CAPS devem constituir-se no principal serviço na reestruturação do modelo assistencial em saúde mental brasileiro que visa à superação manicomial. Com a redução dos leitos psiquiátricos e o surgimento de novas estratégias, começa a estruturação da rede de atenção à saúde mental onde o núcleo central é formado pelo CAPS que é sustentado pelos vínculos familiares e sociais, interligada com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégia de Saúde da Família (ESF), Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Prontos-Socorros Gerais e efetivada pelos CAPS AD (álcool e drogas), CAPS i (infanto-juvenil), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Hospitais Gerais, Instituições de Defesa dos Direitos do Usuário e Centros Comunitários (BRASIL, 2002).

O objetivo do CAPS é realizar o atendimento às pessoas (adultos, crianças e adolescentes) com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo os usuários de substâncias psicoativas. Sendo assim, é importante que os usuários saibam que a proposta de atendimento do CAPS é diferenciada dos hospitais psiquiátricos já que é um espaço de liberdade e cooperação mútua (BRASIL, 2002).

Os CAPS também realizam atendimento às famílias, assembleias, reuniões, atendimento individual e em grupo. Os atendimentos são particularizados, cada usuário possui um projeto terapêutico individual (PTI). Assim, é elaborado um plano assistencial que varia entre os indivíduos dependendo da sua necessidade. Além disto, as pessoas que não puderem comparecer ao CAPS poderão solicitar apoio da equipe (BRASIL, 2002).

A visita domiciliar é de suma importância visto que proporcionará auxílio tanto para o usuário quanto para seus familiares, pois conhecer o ambiente de moradia facilita criar meios de suporte e cuidado integral já que os profissionais terão a oportunidade de conhecer mais profundamente as necessidades individuais de cada paciente (KANTORSKI et al, 2011).

Considera-se necessário que as equipes de atendimento sejam interdisciplinares e fortalecidas dentro dos CAPS, pois evidências mostraram benefícios às pessoas com transtornos mentais quando realizadas intervenções conjuntas de cuidado das diversas áreas do conhecimento já que cada profissão tem algo e muito a acrescentar já que assim proporciona inúmeras formas de tratamento (COIMBRA et al, 2010).

Outro fator de extrema relevância para o processo de cuidado nos CAPS é que seja preconizado o modelo com múltiplas portas de entrada e não o modelo piramidal de atenção em saúde que simboliza o topo com as relações de poder e hierarquia. O acolhimento dar-se-á melhor quando o atendimento se realizar na lógica do modelo circular (JARDIM; CARTANA; KANTORSKI; QUEVEDO, 2009).

Os CAPS tornam-se dessa forma o elemento mediador e principal desta rede que fortalece e sustenta o processo de assistência à saúde mental, pois é um serviço “de portas abertas” que busca oferecer atendimento diferenciado dos antigos manicômios às pessoas com sofrimento psíquico, já que tem por objetivo a reinserção social dos usuários visando o fortalecimento dos laços com os familiares e também com a comunidade (BRASIL, 2004).

Para finalizar, é importante salientar que cada indivíduo faça sua parte para ajudar na luta antimanicomial, tanto os profissionais e estudantes, quanto os usuários, familiares, comunidade e gestores em geral para que este movimento em busca de práticas humanitárias, saudáveis, acolhedoras e eficaz de tratamento possa se tornar realidade absoluta de cuidado às pessoas com transtornos psíquicos e que as práticas manicomiais sejam apenas capítulos de livros ultrapassados que ficaram apenas na nossa memória. É importante neste momento quebrar o rótulo de louco e ver o indivíduo na sua integralidade, explorar o seu melhor e fortalece-lo para que ele possa trilhar o seu caminho sem medo (BRASIL, 2004; AMARANTE, 2006).

3.5 EFETIVIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

Avaliar a efetividade da política de saúde mental, sua contribuição para reinserção social e melhoria da qualidade de vida dos usuários constituiu um grande desafio, suscita questões complexas próprias da trajetória de vida e requer um olhar atento as subjetividades dos sujeitos pesquisados.

No uso corrente a efetividade diz respeito a capacidade de se promover resultados pretendidos; é fazer aquilo que tem que ser feito, é a capacidade de funcionar satisfatoriamente.

Desta forma, é colocada em discussão a rede de atenção em saúde mental, a complexidade das necessidades e as possibilidades dos usuários e as reais transformações ocorridas no processo de existência-sofrimento.

Uma política pública voltada à promoção da saúde e à reinserção social deve ter como um dos princípios básicos um real significado para o meio no qual será desenvolvida suas ações de saúde. Através de profissionais capacitados que, acreditando na essência do ser humano, respeitando os seus valores étnicos e culturais, possam proporcionar a população experiências de aprendizagem que facilite a sua participação interativa nesse processo dinâmico, a fim de entender aos seus anseios e necessidades.

É a partir da problematização e da luta pela efetividade de seus princípios, que o SUS e a saúde mental encontram o desafio de atender aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, em sua trajetória da desinstitucionalização. Esses pressupostos implicam em novas tecnologias de gestão e de atenção, consideradas como núcleos de conhecimentos e práticas em intersecção em processos de trabalho concretos.

Essas tensões têm permeado a formulação das políticas públicas contemporâneas na área da saúde mental, não no sentido de se estabelecer modelos, mas de criar, inventar, inovar. Isso tudo nos remete a um dos ensaios em que Deleuze (2006) analisa questões colocadas por Foucault, em “As dobras ou o lado de dentro do pensamento”, quando Foucault afirma que é a prática que constitui a única continuidade do passado ao presente, ou, inversamente, a maneira como o presente explica o passado. Nessa linha de pensamento, Deleuze comenta que embora seja verdade que as condições não são mais gerais ou constantes que o condicionado, é pelas condições que Foucault se interessa, e segue dizendo:

Ele não faz uma história das instituições, mas das condições nas quais integram relações diferenciadas de forças, no horizonte de um campo social. [...] Ele não faz uma história dos sujeitos, mas dos processos de subjetivação, sob as dobras que ocorrem nesse campo ontológico tanto quanto social (DELEUZE, 2006).

Ao preconizar um processo de gestão que exige uma constante articulação entre os diferentes setores da sociedade, ao buscar a concretização da proposta de inclusão da saúde mental na atenção básica, conseqüentemente, a viabilização da construção de uma rede de assistência, busca-se ampliar os espaços de discussão para efetivar a Reforma Psiquiátrica brasileira.

Somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores de situações dadas [...] mesmo protagonizando certas mudanças, em muito conservamos. Entretanto, somos responsáveis pelo que fazemos [...] precisamos nos reconhecer em nossos afazeres (MERHY, 2002).

3.6 DROGAS: CLASSIFICAÇÃO E EFEITOS NO ORGANISMO

Droga, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), é “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, causando alterações em seu funcionamento”.

A lista de substância psicoativas, conforme a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), inclui: álcool, opioides, canabinoides, sedativos, cocaína, estimulantes, alucinógenos, tabaco e solventes voláteis. Do ponto de vista da lei, as drogas podem ser classificadas como lícitas e ilícitas. As lícitas são aquelas comercializadas de forma legal e as ilícitas são aquelas proibidas por lei. Quanto aos efeitos dessas substâncias sobre o sistema nervoso central, é possível classificá-las como: depressoras, estimulantes e perturbadoras.

As drogas depressoras são aquelas que causam a diminuição das atividades do sistema nervoso central, tais como atividade motora, reatividade a dor, ansiedade e aumento da sonolência. Entre estas drogas estão o álcool, os inalantes, os benzodiazepínicos, os barbitúricos, entre outros. Entre as drogas mencionadas o álcool é a mais consumida no Brasil, segundo o Plano Fortaleza de Ações Integradas para a Prevenção e Atenção Integral aos Dependentes de Drogas.

Já as drogas estimulantes são aquelas que aumentam o estado de alerta, acelerando os processos psíquicos. Podemos citar como exemplos: a cocaína, as anfetaminas, os anorexígenos, a nicotina e a cafeína. Dessas a mais consumida é a nicotina (tabaco), a qual é absorvida rapidamente pelos pulmões, atingindo em questão de segundos o sistema digestivo e o cérebro. Vale salientar que a nicotina possui vários derivados: cigarros, charutos, cachimbos, fumo, entre outros.

As perturbadoras são aquelas que provocam o surgimento de diversos fenômenos psíquicos como alucinações, delírios, sem a estimulação ou inibição real do sistema nervoso central. São derivadas dos indólicos, da *Cannabis sativa*, dos anticolinérgicos e dos alucinógenos. Podemos citar como exemplo o LSD, Estasy e a Maconha.

Falar sobre as propriedades danosas das drogas legais ou ilegais não basta para conduzi-las ao papel de substâncias proibidas ou permitidas, já que muitas dessas propriedades estão ligadas à quantidade e ao tipo de uso que delas se faz. Segundo Figueiredo (2000), tem-se trabalhado com diferenciações do consumo de drogas da seguinte forma: usuário experimental, o qual normalmente ocorre em nossa sociedade devido à curiosidade e ao contexto social; usuário esporádico, que é aquele que consome drogas com a finalidade de socialização ou recreação; usuário habitual que é geralmente ligado a motivações de uso cultural, ou círculo social; usuário abusivo que ocorre quando inicia um consumo intenso da substância, mas o indivíduo ainda se mantém vinculado ao círculo social e tem um controle mínimo do uso e de seu estado psíquico; e o usuário dependente que é aquele que faz uso de drogas passa a ter um espaço principal na vida do indivíduo acarretando perda de interesse pelo convívio social, gerando falta de motivação psicológica para outras situações não ligadas ao consumo ou obtenção da droga.

Ressalta-se que a caracterização de critérios de uso abusivo/nocivo ou dependência, extensivo a outras drogas, servindo como base para identificar e diferenciar o uso são utilizados por manuais de diagnósticos de doenças como o *DiagnosticandStatistical Manual* (DSM-V) e Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

O DSM V e o CID 10 se assemelham na caracterização de dependência, ou uso

nocivo, de uma substância. A presença de três ou mais sintomas classificados, com ocorrência no período de doze meses, define o padrão de uso dependente, a saber: tolerância à substância, caracterizada como necessidade de aumentar as doses para atingir o efeito esperado, ou efeito diminuído ao se utilizar a mesma dosagem; abstinência, definida como síndrome pela ausência ou diminuição do uso, ou quando se utiliza a mesma substância, ou semelhante, para amenizar os efeitos da síndrome; uso frequente, e em grandes quantidades ou por longo período; insucesso ao tentar controlar ou diminuir o padrão de uso; grande gasto de tempo na recuperação dos efeitos causados pelo uso ou na busca pela substância; abandono de atividades; uso continuado apesar de ter conhecimento de seus efeitos nocivos.

Esses dois critérios diagnósticos servem para ajudar o profissional de saúde a classificar a doença em questão. A CID-10 é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Abrange todas as doenças e foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde. O DSM-V foi elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana.

3.7 EPIDEMIOLOGIA DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Segundo o Ministério da Saúde, para diagnosticar o uso abusivo e a dependência os dados das pesquisas epidemiológicas são considerados os seguintes tipos de uso: uso na vida (qualquer uso na vida), uso no ano (uso nos últimos 12 meses), uso no mês (uso nos últimos 30 dias), uso frequente (uso de 6 ou mais vezes nos últimos 30 dias), uso pesado (uso de 20 ou mais vezes nos últimos 30 dias), uso abusivo (uso que tenha causado algum dano à saúde física ou mental do usuário) e a dependência (sinais e sintomas que determinam que a pessoa é dependente de uma determinada substância).

Podemos destacar dois tipos de estudos epidemiológicos: o Levantamento Epidemiológico e Indicadores Epidemiológicos. O levantamento epidemiológico é aquele que fornece dados diretos do consumo de drogas, enfocando domicílio, escolaridade, público pesquisado, etc. Já os indicadores epidemiológicos fornecem dados indiretos do consumo de drogas de uma determinada população, como por exemplo, o número de internações, prescrições médicas, apreensão de drogas, etc.

Desta forma é importante destacar dados recentes sobre o consumo de drogas no

país que foi realizado, em 2014, pelo Ministério da Saúde. Este órgão divulgou o perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil, que foi um estudo idealizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), e realizado com parceria com a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Todas as etapas da pesquisa foram acompanhadas por pesquisadores e foram aprovadas pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ) e também pelos diversos Comitês de Ética dos Municípios e Estados participantes.

O objetivo foi descrever o perfil da população usuária de drogas pesadas para que as políticas sejam melhores planejadas, focalizadas, financiadas e monitoradas. O método utilizado no estudo foi o TLS- *Time-Location Sampling* que visa descrever as características sociodemográficas quanto ao comportamento dessa população, a partir de uma amostra representativa das 26 capitais, Distrito Federal e municípios de médio e grande porte.

Inicialmente foram mapeadas as áreas de uso, depois escolhidos os dias da semana, turnos e horários distintos para visita das equipes para realização da pesquisa com usuários que consumissem a droga pelo menos 25 dias nos últimos seis meses, resultando numa amostra representativa dos usuários de crack e similares. Esta pesquisa não incluiu crianças e adolescentes por decisão do Comitê de Ética da FIOCRUZ.

Foram obtidos os seguintes resultados: em relação à faixa etária, verificou-se que a idade média é de 30 anos. O sexo masculino prevalece com 78,7%. A situação conjugal da maioria é solteiro, com 60%. Predominou a escolaridade Ensino Fundamental, com 55%. Em se tratando de moradia, adictos em situação de rua, com 40%, no entanto não se pode afirmar que estes usuários não possuem residência. Sobre as formas de obtenção de dinheiro, a maioria respondeu que provém de trabalhos esporádicos ou autônomos, com 65%. O consumo de crack associado a outras drogas foi de 80%, sendo estes considerados poliusuários, sendo a associação com o álcool a mais comum. A motivação subjacente ao consumo teve 55,2% que relataram vontade/curiosidade, em seguida a pressão de amigos com 26,7%. O tempo médio de consumo de crack nas capitais foi de 91 meses (aproximadamente 8 anos), enquanto nos demais municípios foi de 59 meses (aproximadamente 5 anos). Os padrões do uso de crack, temos a informação de que o número de pedras consumidas nos usuários da capital é de 16 por dia, já nos municípios são de 11 por dia. A intoxicação aguda / Overdose esta presente em

7,8 % dos entrevistados nos últimos 30 dias antes da pesquisa. Segundo esta pesquisa, 10% das mulheres relataram estar grávida no momento da entrevista e mais da metade das usuárias entrevistadas relataram pelo menos uma gravidez desde que iniciou o uso de crack / similares; 29,9% relataram trocar relação sexual pela droga e o consumo tem média de 21 pedras por dia, enquanto os homens consomem 13 pedras por dia. Em relação ao comportamento sexual, 39,5 % informaram não ter usado preservativo em nenhuma das relações sexuais anterior a entrevista e 53,9% nunca realizaram o teste HIV. Sobre o acesso a serviços de atenção à saúde e de cunho social, 78,9% relataram não ter acesso aos equipamentos disponíveis e 41,6% relataram ter sido detidos no último ano, e entre os motivos destaca-se o uso ou posse de drogas, com 13,9%.

3.8 A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS

Considera-se que os indivíduos que apresentam problemas com droga compõem grupos heterogêneos e necessitam de tratamentos diferentes. Isso por que a dependência química resulta da interação de vários aspectos da vida das pessoas: biológico, psicológico e social. Desse modo, se faz necessário uma intervenção diferenciada para cada indivíduo.

O tratamento deve ter definições de objetivos, como por exemplo, a abstinência, melhoria da qualidade de vida, prevenção de recaídas, entre outras. Para isso, a equipe profissional deve realizar uma avaliação cuidadosa e ampla do indivíduo, conhecendo sobre as substâncias que esse utiliza tratamentos anteriores, histórico familiar e perfil psicossocial. Quanto maior a gravidade do consumo, mais o indivíduo necessita de tratamento.

Merece um destaque a estratégia de Redução de Danos à saúde, onde teve seu início na Inglaterra em 1926, quando um Comitê médico que estudou problemas de dependência de substâncias psicoativas estabeleceu o ato de utilização de outra droga, a metadona, como terapia de substituição para usuários de opiáceos. Estes médicos tiveram resultados positivos, diante da epidemia do uso de heroína na década de 70, a redução de danos migrou para outros países.

No Brasil, as estratégias de redução de danos foram utilizadas pela primeira vez em Santos-SP, quando um grupo de profissionais de saúde se propôs a trocar seringas para

prevenir o HIV entre os usuários de drogas injetáveis. Mas foi somente em 1993 que o Ministério da Saúde iniciou o primeiro projeto a utilizar redutores de danos para o trabalho de prevenção de HIV/AIDS.

A abordagem da Redução de Danos está pautada na concepção da impossibilidade de uma sociedade sem drogas; na constatação da ineficácia de uma política exclusivamente repressora, “guerra às drogas”, além da contrariedade aos princípios éticos e direitos civis, na medida em que fere a liberdade de utilização do corpo e da mente (COTRIM, 1999). Esta abordagem reconhece o usuário em sua singularidade e possibilita melhor vínculo com o profissional, favorecendo o processo de tratamento.

Após as primeiras experiências, várias organizações, governamentais e não governamentais, iniciaram outras iniciativas. Muitos estados criaram sua própria legislação para a regulamentação da redução de danos como abordagem de saúde, a qual analisa aspectos característicos da vida da pessoa para a determinação do tipo de tratamento mais adequado para ela em particular, e compreendendo que a abstinência não é a única forma de tratamento.

Assim, a Redução de Danos se apresenta como um modelo inovador que estabelece respeito à pluralidade das histórias de vida e de como vivem os usuários em seu território, estimulando o protagonismo social.

Assim, podemos concluir que existem várias formas de tratamento, e o tipo a ser escolhido vai depender da gravidade do uso e dos recursos disponíveis para o encaminhamento. Os mais utilizados, como já expostos anteriormente, são: Tratamento ambulatorial, internação hospitalar, comunidades terapêuticas, tratamentos farmacológicos, tratamentos psicossociais (entrevista motivacional, aconselhamento, etc.), terapias (grupo, individual, família), oficinas (artes, música, etc), prevenção de recaídas e redução de danos. No entanto, o mais importante é que a estratégia de redução de danos reconheça as singularidades de cada um, traçando estratégias em defesa da vida.

E por fim, podemos citar como estratégia de redução de danos, a ampliação do acesso aos serviços de saúde por meio de trabalho de campo; distribuição de insumos

(seringas, agulhas, cachimbos, camisinhas) para prevenir a infecção dos vírus HIV e Hepatite B e C entre os dependentes de substâncias psicoativas; a elaboração de materiais educativos sobre formas mais seguras do uso do álcool e outras drogas e sobre as consequências negativas do uso de substâncias psicoativas; programas de prevenção de acidentes e violência associados ao consumo, entre outros.

3.9 OS ELEMENTOS MULTIFACETADOS DO ÁLCOOL E DE OUTRAS DROGAS NO ESTADO DO CEARÁ E NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Conhecer a história de Fortaleza, suas construções, desconstruções e reconstruções culturais, econômicas e sociais, em muito nos ajudou a refletir sobre identidade e trajetória de vida da sua população.

O processo de remodelação sócio-urbana de Fortaleza, iniciado a partir de 1860, se prolonga até as primeiras décadas do século XX e insere a capital cearense. As novidades extasiantes decorrentes da revolução científico-tecnológica européia, inundam e modifica a ordem urbana, política, econômica da cidade, afetando, de forma significativa, o cotidiano e a subjetividade das pessoas.

Comportamentos, condutas, costumes, valores são transformados influenciados por esse conjunto de inovações em tentativa de alinhar-se ao modelo europeu de modernização urbana.

Os pobres, doentes, mendigos, loucos, e prostitutas eram vistos como nocivos e passaram a ser segregados, surgindo, nesta época, o Lazarento da Lagoa Funda e a Santa Casa de Misericórdia, onde se estabelece as práticas de controle higienista, respaldados pelo saber médico dominante que pregava a exclusão e despertava na população o medo.

Com a seca de 1877-1879 houve uma desestabilização econômica da cidade, interrompendo o fluxo de desenvolvimento. Os retirantes que fugiam das condições adversas do interior do estado foram amontoados em barracas o que gerou epidemias de doenças, superlotando o Lazarento da Barra Funda, que comportava 300 pessoas, chegou a ter, em um único dia, 1004 vítimas da doença.

Junta-se, a essa população discriminada, os voluntários que tem o trabalho de transportar e sepultar as vítimas da epidemia. Esses carregadores de mortos faziam uso do álcool para suportar o trabalho degradante. Considerado como dependente da principal droga da época, o alcoolista pobre passa a ser uma ameaça à sociedade.

Com a inauguração dos bondes e do Passeio Público, surge a valorização imobiliária e espaços de lazer. O segregacionismo social é reforçado pelos três planos do Passeio Público onde as classes sociais não se misturavam. Nesta mesma época, final do século XIX, os ditames e os modismos franceses invadem a cidade.

Surgia uma geração de jovens escritores e intelectuais que demonstrariam que Fortaleza não seria tão bela e tão boa de viver. Como feito extraordinário dessa geração foi criada a Padaria Espiritual, de repercussão nacional, incomodou autoridades e burgueses. Os padeiros desafiavam os saberes e poderes civilizatórios, sem serem presos ou segregados, pois pertenciamas camadas sociais da classe médias.

Com crescimento urbano, crescia, também, o continente de “loucos” na cidade, e como resposta foi construído “Asilo dos Alienados”, inaugurado em 1886, com 550 leitos, em local distante de Fortaleza, hoje Bairro da Parangaba, o Asilo de Alienados São Vicente de Paulo tornou-se um espaço especial para confinamento desses excluídos sociais, a fim de proteger a normalidade pública.

Esse Asilo abrigaria os loucos, os quais passaram a ser vistos como nocivos que ameaçavam a harmonia e segurança pretendida por governantes e senhores da elite fortalezense.

No mesmo ano (1886) foi criado, também, o Asilo de Mendicidade para abrigar idosos pobres e mendigos. Consolida-se o caráter higienístico da cidade: os mortos, os doentes contagiosos, os loucos, os retirantes, os vadios, os idosos pobres, todos retirados da Fortaleza que queria construir uma imagem asséptica. À psiquiatria cabia, simplesmente, recolher e excluir as sobras humanas que a organização social tinha produzido.

Na medida em que se empreendia um maior embelezamento urbano, com remodelação das praças, construções de logradouros, coretos, chafarizes e do Teatro Jose de Alencar, mais se evidenciava o contraste social. Surgem protestos de segmentos populares que percebiam que essa modernização urbana não os beneficiava, sendo um fator discriminatório.

Como consequência da Primeira Guerra Mundial, Fortaleza recebe milhares de pessoas oriundos de uma nova seca, que ficou conhecida como ‘seca do 15’, surgindo a segregação socioespacial na cidade onde se criam espaços próprios da burguesia.

A singularidade de alguns, demonstrada nas excentricidades e manias que os diferenciava dos demais pobres e loucos excluídos na efervescência da política de medicalização e multiplicação de hospitais psiquiátricos.

Nos anos 1950, após a Segunda Guerra Mundial, Fortaleza torna-se fruto de um crescimento explosivo da população e do fluxo migratório, tanto da zona rural para a urbana, como das pequenas e médias cidades para a capital, desencadeando um processo de urbanização desordenado.

Nos bairros onde a miséria e a fome prosperavam, os alcoolistas, as prostitutas e os desempregados eram cada vez mais segregados.

Enquanto a população rural era aviltada de suas subjetividades, a urbana tenta adaptar-se a esse novo contingente de pessoas com costumes, valores e necessidades diferentes. O desemprego, a debilidade do mundo empresarial na realidade urbana, as discriminações sociais, tudo fez ver, aos que tinham responsabilidade pública e também aos que lutavam nos limites da sociedade civil, a necessidade de melhorar as condições sociais. Já não bastava a autonomia, a crença no liberalismo e o remendo da caridade para equacionar e solucionar questões sociais.

Desse modo, o Estado passa a intervir de maneira mais efetiva na questão das políticas sociais, a partir do viés do trabalho. Nesse momento, a Organização Mundial de Saúde, através de resolução, recomenda as Nações membros, especialmente os países em

desenvolvimento, como o Brasil, que invistam em saúde mental, tendo como argumento o alto custo para o processo produtivo.

Nesse período, em 1963, é inaugurado em Messejana o Hospital Colonia de Psicopata, que passou a denominar-se Hospital de Saúde Mental de Messejana, estruturado como asilo, tinha como objetivo segregar o “louco” do convívio social, chegando a ter 400 leitos ocupados.

Evidencia-se a formação de extensas periferias com diversos déficits nos setores de infra-estrutura, equipamentos e serviços nas áreas de saneamento básico, habitação, saúde e educação, mais uma vez revelando durante o período de ditadura militar, os contrastes da nossa sociedade.

Utilizados como instrumentos de repressão, os hospitais psiquiátricos proliferam, permanecendo de forma bem atuante, chegando a ter dez hospitais psiquiátricos em funcionamento no Estado. Com o fim do regime de exceção, o que se presenciou nos anos oitenta foi um retorno lento à vida democrática em um mesmo contexto de concentração de renda e das desigualdades de forma generalizada.

No final década de 1980 e início 1990, os trabalhadores da saúde mental do Ceará, também inconformados com a falta de políticas públicas de saúde que atendessem às necessidades da população, embalados pela abertura política e pelo movimento italiano de democratização psiquiátrica e luta anti manicomial, mobilizam-se e promovem conferências de saúde mental. Incorporando reivindicações do Movimento Nacional, propõem a criação de dispositivos substitutivos ao hospital psiquiátrico, criam núcleos de movimento de luta anti-manicomial e comissões municipais de saúde mental.

Nesse momento, Fortaleza fortalecida pelo Movimento de Luta Antimanicomial, pelos debates nas Conferências de Saúde, respaldada pela Lei 8080/90 que constituiu o Sistema Único de Saúde, antecipa-se ao Governo Federal e tem aprovada a Lei 12151/92. Essa Lei, conhecida como Lei Estadual Mário Mamede dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por rede extra-hospitalar de assistência, regulando as internações psiquiátricas compulsória.

Chega-se a década de 90 com as políticas sociais carentes de recursos, praticamente desaparecem quase todos os programas sociais especializados, sendo notório as contradições no campo das reformas sociais nos últimos vinte anos, em cenário de democratização, crise econômica e um impetuoso modelo de ajustamento econômico .

Na década de 1990, os indicadores de Fortaleza, produzidos pela pesquisa do IDT – Instituto de Desenvolvimento do Trabalho, demonstra, de acordo com Braga (2006), a situação de precariedade das relações trabalhista e da nova exclusão social produzida pelas altas taxas de desemprego que transforma o segmento populacional juvenil num público-alvo, potencialmente vulnerável, seduzidos pelo “mundo” das drogas e violência.

Nesse contexto, cada vez mais exigente de medidas concretas e eficazes na área da saúde mental, o processo de Reforma Psiquiátrica no Ceará, agora amparado pela Constituição de 1988, encontra resistência no executivo estadual e municipal da capital, sobretudo por causa da concentração de hospitais psiquiátricos, impedindo que as novas opções de locais de tratamento para portadores de saúde mental sejam implantados.

Dessa forma, Fortaleza dominada por uma cultura higienista cede seu espaço de iniciador do processo de Reforma Psiquiátrica às cidades do interior do Estado, que avançam, de forma significativa, numa política de saúde mental mais crítica e efetiva. Como consequência foi criado em 1991, pela Secretaria Municipal de Iguatu, cidade a 400 km da Capital, o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Ceará (CAPS), iniciando o processo de transformação da lógica manicomial. Somente no final dos anos noventa, foi criado o primeiro CAPS geral em Fortaleza, na Regional III, resultante de convênio entre a Prefeitura Municipal de Fortaleza com a Universidade Federal do Ceará. No início da década seguinte, inaugura-se mais dois CAPS geral, sendo um na Regional IV e outro na Regional VI, que passam a servir de referencia no processo de Reforma Psiquiátrica, na capital.

Em 2001, já com a participação dos servidores dos CAPS de Fortaleza, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde Mental e a I Conferência Municipal de Saúde Mental de Fortaleza, que teve como Tema Central: “Cuidar sim, Excluir não – promovendo a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social”, lançando as bases para pactuação de uma política de saúde mental de Estado.

Chega-se ao início do século XXI com um novo cenário político, com uma nova proposta de cultura política que a Coordenação de Saúde Mental do município lança os princípios e diretrizes da política de saúde mental do município. Nesse documento, composto de Lei e dispositivos de atenção, encontramos a síntese dos princípios e diretrizes da política de saúde mental para Fortaleza (BRAGA, 2006).

Essas políticas procuram conceber o campo de ação em saúde mental de forma ampla, estimulando práticas que possibilitem maior humanização e acolhimento nos serviços de saúde e nos espaços públicos em geral. Nesse sentido, as ações de saúde mental são realizadas considerando todos os níveis de atenção, enfatizando a atenção básica voltada à saúde em geral e, especificamente, à saúde mental.

Nessa perspectiva, devem ser desenvolvidas ações de atenção à saúde mental da população de Fortaleza sob a égide dos princípios do SUS, criando-se, para isso, uma rede de serviços públicos comprometidos com a assistência de qualidade e com a defesa dos direitos das pessoas, possibilitando, assim, alternativas para a população, em substituição aos hospitais psiquiátricos, pondo fim ao modelo hospitalocêntrico de assistência aos doentes mentais.

Em 2010, a Prefeitura Municipal de Fortaleza publicou o Plano Fortaleza de Ações Integradas para a Prevenção e Atenção Integral aos Usuários de Crack e Outras Drogas que teve como objetivo formular alternativas e soluções de trabalho para oferecer atenção integral aos usuários de crack e outras drogas, e com isto, superar o desconhecimento, o medo e o preconceito que acompanham a complexidade do “mundo” das drogas.

A rede psicossocial do município de Fortaleza compõe-se de diversos serviços que, integrados entre si, com as demais redes assistenciais e com os diversos setores da sociedade, promovem ações que garantem atender a complexidade das necessidades das pessoas com transtornos mentais e que fazem uso abusivo/dependente de álcool e outras drogas. São eles:

- 06 Centros de Atenção Psicossocial- CAPS ad- destinados a atender pessoa que fazem uso abusivo/dependente de álcool, crack e outras drogas. Dois destes CAPS funcionam

24 horas, disponibilizando de 20 leitos de acolhimento noturno, dez(10) cada, destinados ao sexo masculino. Sendo que os demais CAPS ad's são portas de entrada para este serviço, cujos encaminhamentos deverão acontecer de segunda a sexta, das 08:00hs às 17:00hs.

- 11 Unidades de Acolhimento - destinados a pessoas que fazem uso abusivo/ dependente de álcool e outras drogas, que se encontra em situação de vulnerabilidade social. São disponibilizadas (135) vagas, sendo(15) masculinas e (60) femininas e (60) Infanto Juvenil. A porta de entrada são os CAPS ad's e as Unidades de Desintoxicação- UD's Santa Casa e UD do Hospital de Saúde Mental de Messejana- HSMM.

- 01 Unidade de Desintoxicação Santa Casa- destinada a atender pessoas que fazem uso dependente de álcool e outras drogas, domiciliado no município de Fortaleza, cujos recursos extra-hospitalares disponíveis não tenham obtido resolutividade, ou em casos de necessidade imediata de intervenção hospitalar, em Hospital Geral. São disponibilizados doze (12) leitos, oito (8) masculinos e quatro (4) femininos. A porta de entrada deste serviço são os CAPS ad's e a emergência psiquiátrica do Hospital de Saúde Mental de Messejana - HSMM.

- 03 Serviços Residenciais Terapêuticos – destinados a acolher pessoas com internação com longa permanência, egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia que perderam os vínculos familiares. Atualmente o município de Fortaleza beneficia trinta (30) pessoas com a implantação destes serviços situados nas regionais I, II e V.

- 03 Hospitais Psiquiátricos- Com a Lei 10.216, os leitos em hospitais psiquiátricos passaram a receber diárias, com valor inferior aos Hospitais Gerais, passando os incentivos financeiros a serem destinados para implantação da rede aberta e comunitária, substitutiva aos hospitais psiquiátricos, inclusive, visando leitos psiquiátricos em hospitais gerais. O descredenciamento destes hospitais do Sistema Único de Saúde - SUS, com exceção de um deles, se deu ao longo de sete anos, por solicitação da própria direção destes. Atualmente o município de Fortaleza ainda disponibiliza de 470 leitos credenciados pelo SUS em hospitais psiquiátricos, distribuídos da seguinte forma: (130) São Vicente de Paula, (160) Nosso Lar e (180) Hospital de Saúde Mental de Messejana - HSMM. Sendo a porta de entrada para estas internações a Emergência do Hospital de Saúde Mental de Messejana.

- 01 Cooperativa Social- COOPCAPS- destina-se a trabalhar o componente de reabilitação psicossocial da rede de atenção psicossocial do município de Fortaleza. Tendo como principal objetivo proporcionar inclusão social de pessoas portadoras de transtornos mentais severos e persistentes, por meio da participação em organização coletiva de produção solidária com finalidade de geração de renda e ressignificação da dimensão produtiva no projeto de vida dos sujeitos implicados. Tem como foco de suas ações a realizações de oficinas em tecido, madeira e pintura e a comercialização dos produtos confeccionados.

- 02 Ocas de Saúde Comunitária- São espaços comunitários que trabalham a dimensão do cuidado e que tratam o sofrimento psíquico/ transtornos mentais numa perspectiva preventiva. A comunidade pode acessar estes serviços através dos CAPS ou por demanda espontânea.

- 11 Comunidades Terapêuticas- destina-se a pessoas que fazem uso abusivo/ dependente de álcool e outras drogas e que se encontra em situação de vulnerabilidade social. Atualmente existem 180 vagas masculinas cadastradas mediante convênio firmado entres as comunidades e SMS.

A Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) publicou, em 2013, dados da Central Única das Favelas (CUFA) no qual consta que o Brasil tem 1,2 milhões de dependentes de substâncias psicoativas e que o Estado do Ceará tem mais de 100.000 mil usuários de crack, os quais 30.000 mil têm entre 12 e 29 anos.

A mesma pesquisa mostrou que no Estado do Ceará, na rede pública, existem 99 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), mas somente seis localizados na Capital são destinados para atender os dependentes de substancias psicoativas. E com relação aos leitos, apenas 20 estão à disposição no Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM) para desintoxicação dos pacientes. Ressalta-se que o Centro de Convivência Elo de Vida para dependentes de substâncias psicoativas do Hospital é composto ainda pelo Centro de Convivência Elo de Vida, com capacidade para atender 30 pacientes por dia.

Diante deste contexto, que já vem se prolongando por algum tempo, o Conselho de Altos estudos e Assuntos estratégicos da Assembléia Legislativa do Ceará (ALCE), criou

em 2010, o Pacto pela Vida,

O Pacto pela Vida produziu um diagnóstico, publicado com o título “Drogas: eixos de abordagem, além de um documento oficial chamado “ Catálogo: Onde buscar ajuda?”. Além destas publicações lançou o Plano de Ações Integradas de Enfrentamento às Drogas no Ceará. Esta publicação sintetizou os compromissos municipais, regionais e estaduais assumidos pelas instituições públicas e pelas organizações não-governamentais, além da sociedade civil para com o combate e prevenção ao uso de drogas. O referido Plano ainda destacou seis desafios a serem enfrentados pelo o Estado, entre eles a ampliação dos serviços ofertados na rede de atendimento de saúde.

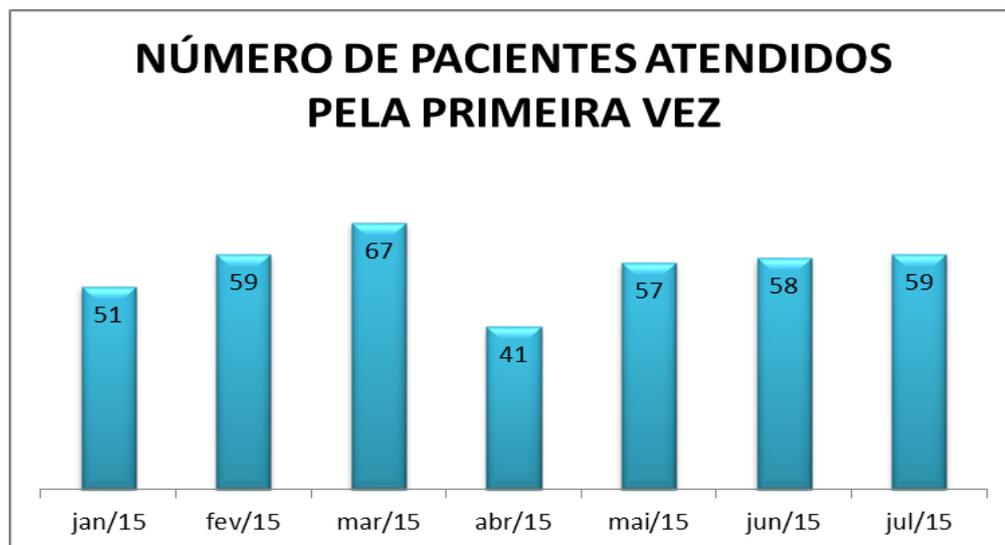
Ainda de acordo com o Plano de Ações Integradas de Enfrentamento às Drogas no Ceará foi detectado que existem diversas instituições que atuam no enfrentamento às drogas, no entanto, trabalham de forma isolada, muitos atuando sem conhecimento técnico, e muitas ações se limitando apenas ao acolhimento do paciente/ usuário, inexistindo a eficácia esperada.

Desta forma, ficou nítida a necessidade da educação permanente dos profissionais envolvidos nas diversas áreas, assim como a integração de políticas públicas nas ações de prevenção, tratamento e repressão ao tráfico e reinserção social.

4 PERFIL SOCIOECONÔMICO E DE SAÚDE DOS ADICTOS ATENDIDOS NO CAPS AD /SR II

A pesquisa qualitativa foi utilizada para a elaboração do perfil socioeconômico e de saúde dos pacientes atendidos no CAPS AD SR II, pois esta é apropriada para adquirir dados sobre opiniões, atitudes, preferências, comportamentos e a condição de vida dos envolvidos. Assim, através da análise de 235 prontuários foi possível a projeção de medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística, sendo realizada com uma representatividade deste determinado universo. Os dados adquiridos para este perfil foram retirados a partir das anamneses realizadas na acolhida do serviço no período de janeiro a julho de 2015. Além disso, foram levadas em consideração o Plano Terapêutico Singular de cada paciente e as evoluções em seus prontuários. Ao todo foram atendidos neste período 392 pacientes para avaliação, ou seja pela primeira vez, como mostra o gráfico abaixo:

FIGURA 4



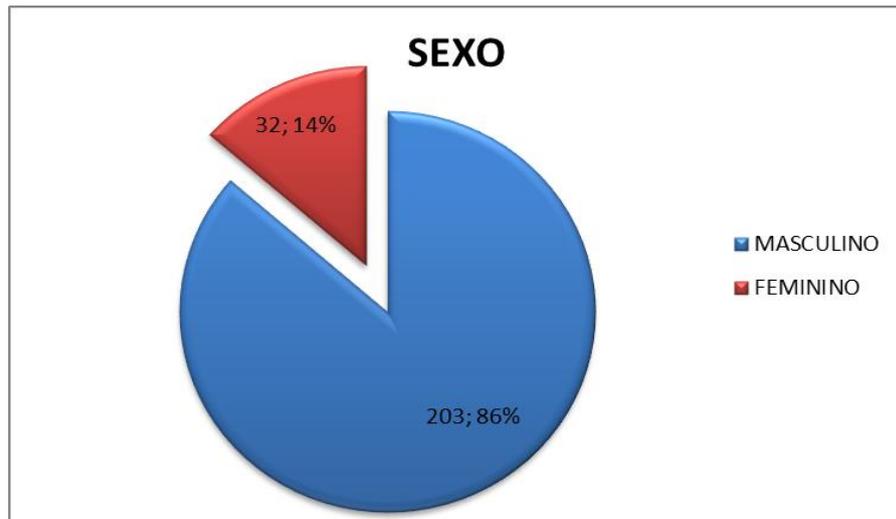
Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

A média de atendimento foi de 65,33 atendimentos ao mês, sendo que o mês de março foi o que mais recebeu pacientes, podemos associar ao período posterior ao carnaval, período em que há muitas recaídas, consumo exacerbado de drogas, festas por toda a cidade, turismo em alta, entre outros fatores. Após este período muitos não voltam para casa, ficam nas ruas e buscam ajuda de serviços e profissionais por se encontrarem debilitados e sem abrigo.

4.1 IDENTIFICAÇÃO DOS PACIENTES E ASPECTOS SÓCIOECONÔMICOS

Os gráficos apresentados a seguir trazem elementos para a identificação dos pacientes que foram atendidos no CAPS AD SR II:

FIGURA 5



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

Estudos sobre drogas analisados têm um aspecto em comum: o uso de crack, cocaína e álcool, entre outras substâncias, é muito superior entre os homens. O consumo feminino de drogas é menor. Pesquisadores apontam que, para o sexo masculino, o consumo de drogas é um fator de interação e afirmação social.

De acordo com pesquisa realizada, em 2013, pelo Conselho de Políticas sobre Drogas do Estado de Minas Gerais, as mulheres têm mais reações negativas quando usam substâncias como cocaína e álcool, ficam deprimidas, passam mal ou ficam com sono. Essa intolerância é considerada um fator de proteção natural e é um fator do número de mulheres dependentes de substâncias psicoativas, proporcionalmente, ser significativamente menor que o de homens.

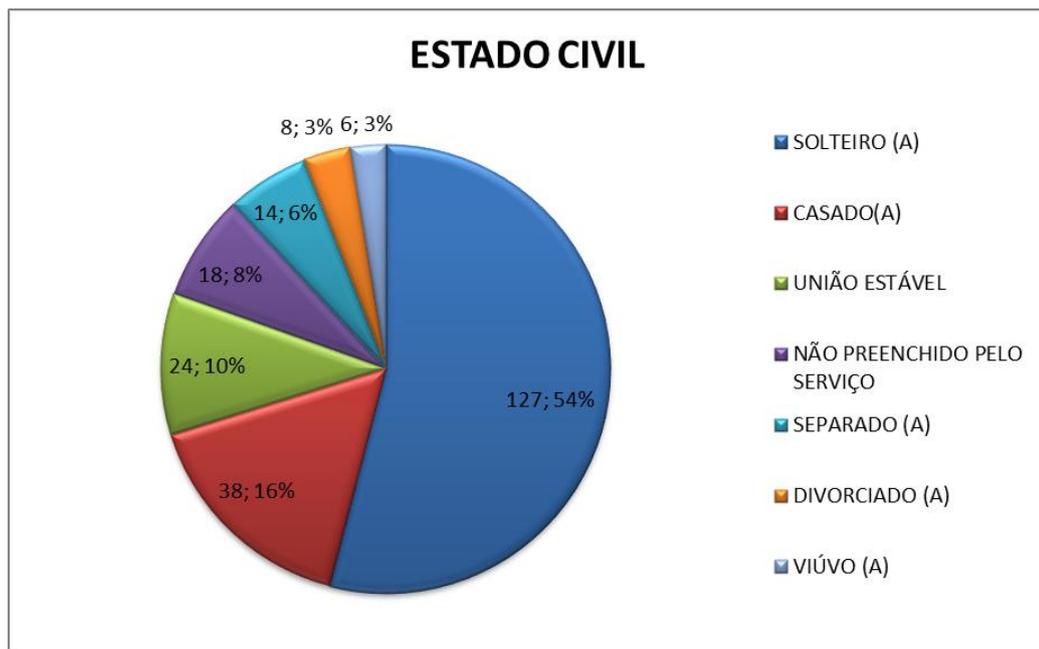
Ainda assim, os especialistas não subestimam o consumo feminino de drogas. Relativamente, as mulheres procuram mais tranquilizantes e remédios controladores da ansiedade, como as anfetaminas (inibidores de apetite). Diferentemente dos homens, estudos

demonstram que o consumo feminino de drogas ocorre com o objetivo de diminuir sua insatisfação com a vida que levam.

A mesma pesquisa relata que quando a mulher se torna dependente, o tratamento, em geral, é mais difícil que o do homem, pois os mecanismos de proteção foram vencidos.

No entanto, o consumo feminino de drogas é crescente, como por exemplo, recentemente na unidade para dependentes químicos do Hospital Presidente Vargas, de Porto Alegre, uma das cidades com maior registro de usuários de crack do país, informou que lá o consumo feminino da droga aumentou a ponto de ser necessário designar leitos exclusivos para mulheres grávidas dependentes.

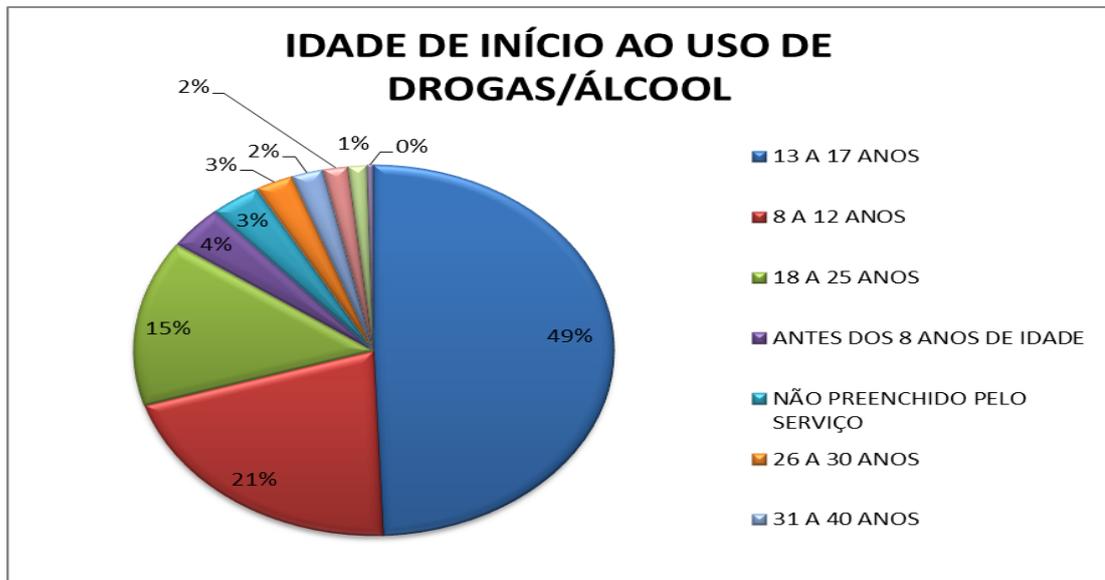
FIGURA 6



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

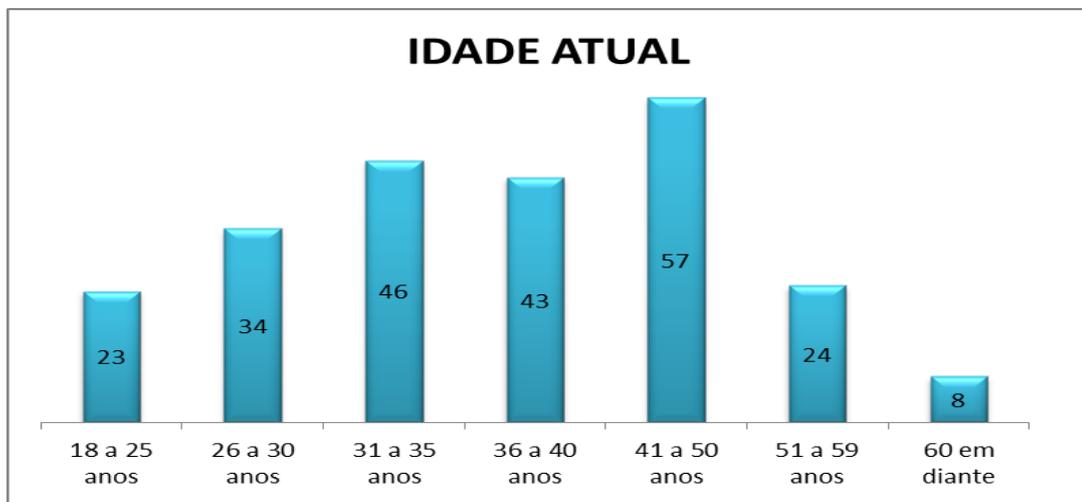
O estado civil dos pacientes analisados, aparentemente, não tiveram relação de influência ao uso ou abuso de drogas, no entanto observou-se que a procetagem referente aos separados ou divorciados em sua maioria foram por conta de conflitos familiares oriundos do consumo e aqueles que ainda permanecem casados ou em união estável também apresentam conflitos e relações desgastadas. Já os solteiros, possuem dificuldades de um relacionamento estável e em sua maioria se envolvem ocasionalmente com parceiros também dependentes.

FIGURA 7



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

FIGURA 8



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

Podemos observar na FIGURA 7 que a adolescência é a fase com maior índice de uso de drogas pela primeira vez. A adolescência é uma fase do desenvolvimento humano em que ocorrem muitas mudanças, é uma fase conflituosa da vida devido às transformações físicas e emocionais vividas. Surge a curiosidade, os questionamentos, a vontade de conhecer, de experimentar o novo mesmo sabendo dos riscos, e um sentimento de ser capaz de tomar as próprias

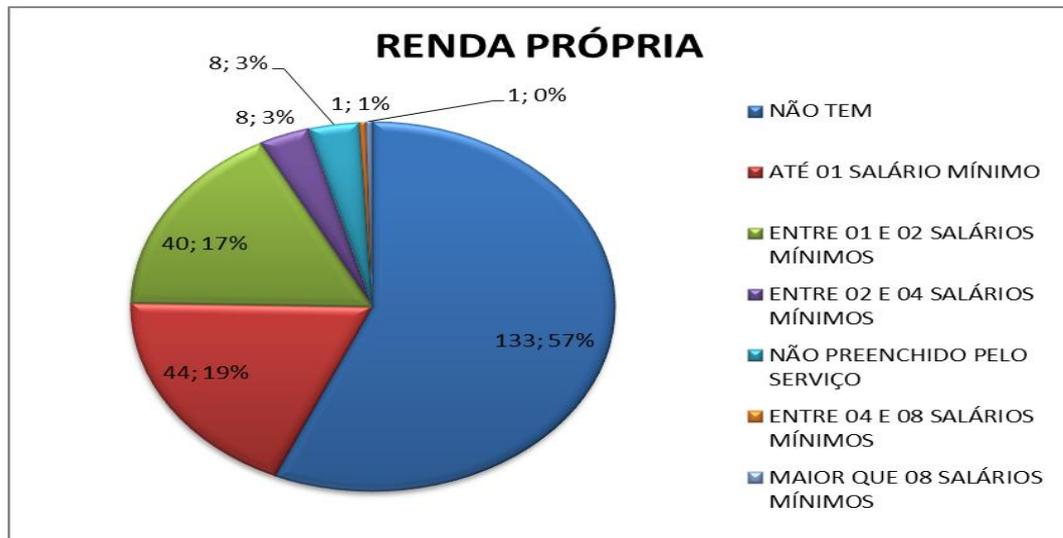
decisões. É o momento que o adolescente procura sua identidade, não mais se baseando nas orientações dos pais, mas também nas relações que constrói principalmente com o grupo de amigos.

Para a grande maioria dos jovens, ter experiências novas (lugares, músicas, amigos e também drogas) não necessariamente trará problemas permanentes, e muitos se tornarão adultos saudáveis. Mas há jovens que passam a ter problemas a partir dessas experiências, e por conta disso a adolescência é um período de risco para o envolvimento com as drogas.

Muitos são os fatores para a iniciação do uso de drogas na adolescência, entre eles o estresse gerado por conflitos familiares e falta de estrutura familiar como: pais distantes, dificuldade dos pais estabelecerem limites para o adolescente, mudanças significativas (de cidade, perda de um dos pais); As características da personalidade: baixa auto estima, agressividade, impulsividade, rebeldia, dificuldade de aceitar ser contrariado; os transtornos psiquiátricos: de conduta, de hiperatividade e déficit de atenção, depressão, ansiedade e outros transtornos de personalidade, entre outros.

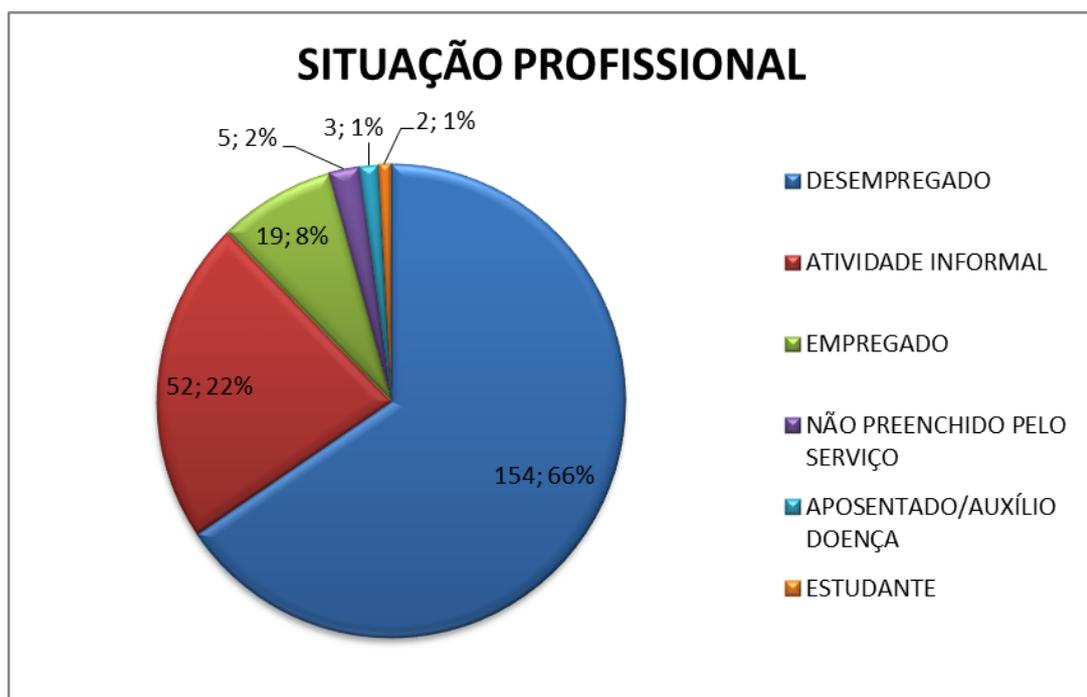
Vários estudos demonstram que quanto mais cedo se inicia o uso de drogas, maior a chance de desenvolver a dependência, daí a correlação com o FIFURA 7 em que a maioria já se encontra na fase adulta (31 a 50 anos e 41 a 50 anos) e fizeram durante toda a vida e hoje tentam conviver melhor com a dependência ou parar o uso.

FIGURA 9



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

FIGURA 10



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

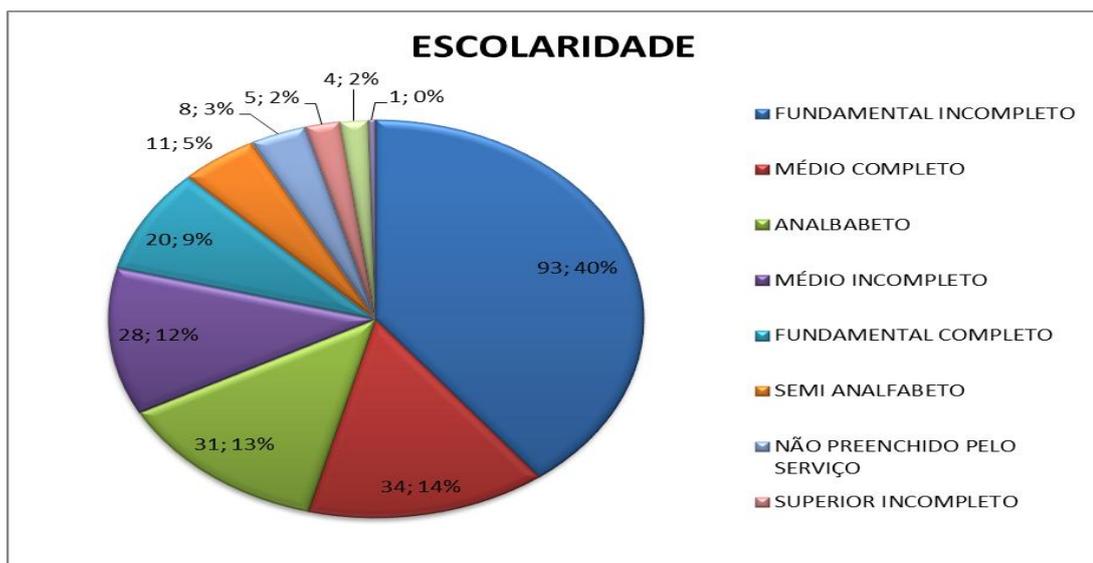
A condição de trabalho e renda é considerada um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento humano. Estudos evidenciam que as famílias que vivem em situação de exclusão social são vulneráveis a problemas relacionados ao uso e abuso de substâncias psicoativas. Segundo a Organização Mundial da Saúde, nas nações mais desenvolvidas é considerado o terceiro fator de risco para o desenvolvimento de problemas de saúde, enquanto

que, nos países com grau intermediário de desenvolvimento, é o principal fator.

O uso indevido de drogas tem efeitos negativos que afetam a estabilidade das estruturas, ameaçam valores políticos, econômicos, humanos e culturais dos estados e sociedades, infligindo considerável prejuízo ao país, contribuindo para os gastos com tratamento médico e internação hospitalar, para o aumento dos índices de acidentes de trabalho, de acidentes de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras e, ainda, para a queda de produtividade dos trabalhadores (CARLINI, 2002).

O trabalho e renda está diretamente ligado ao grau de escolaridade e qualificação, como observamos nas figuras abaixo.

FIGURA 11



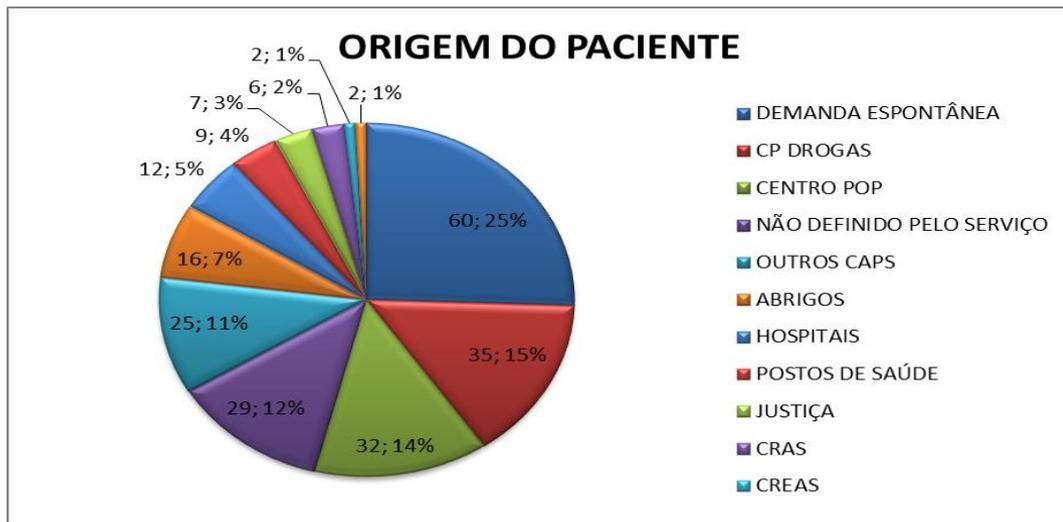
Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

A escolaridade é um importante fator de proteção contra o envolvimento dos adolescentes nas drogas. O uso de drogas é um dos grandes responsáveis pelo abandono escolar ou ao desinteresse dos adolescentes pelo ensino. Conforme se verifica no presente estudo, quanto mais baixo é o nível de escolaridade, mais cedo os adolescentes se envolvem com comportamentos de risco.

Quanto à escolaridade, é vasta a literatura em que se encontram resultados similares, e ainda revelam que o afastamento se deve à necessidade de trabalhar, à dificuldade

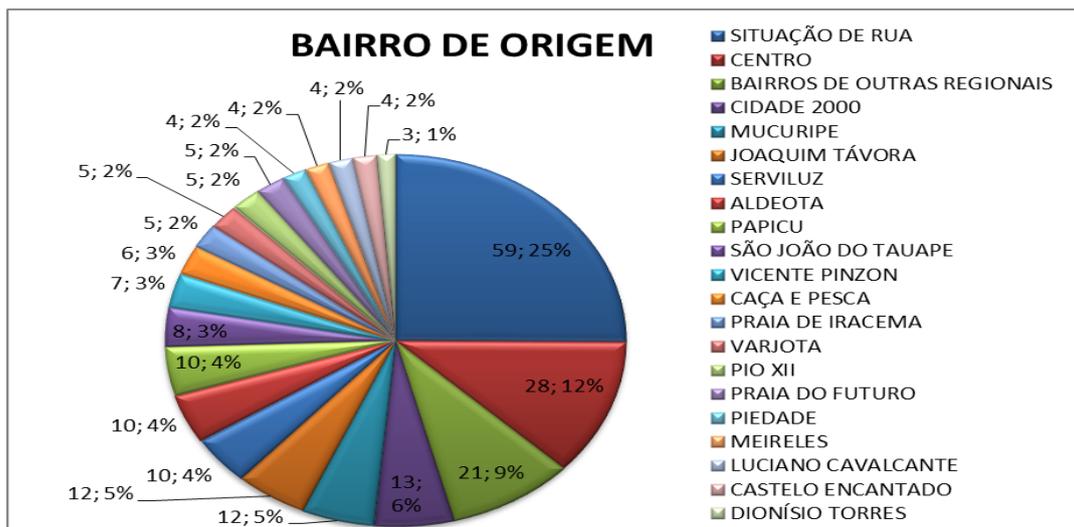
de conciliar escola com trabalho, ao desentendimento com professores e colegas, ao desestímulo resultante de reprovações repetidas, à baixa qualidade do ensino e à pouca supervisão familiar no que se refere à frequência escolar, contribuindo todos estes fatores para o início do uso e tráfico de drogas.

FIGURA 12



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

FIGURA 13



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

A maior porcentagem (25%) dos pacientes são oriundos de demanda espontânea, sejam por que ouviram falar do serviço, tiveram indicação de amigos ou parentes, ou por

estarem em situação de rua, e este serviço é bem conhecido entre este público. Em segundo lugar, temos a Coordenadoria Especial de Políticas sobre Drogas – CPDrogas que é uma Coordenadoria, vinculada ao gabinete do Prefeito, com *status* de Secretaria Municipal, composta por equipe interdisciplinar, que visa garantir os direitos humanos e promover uma política intersetorial sobre drogas e tem como missão coordenar a política municipal sobre drogas, construindo ações intersetoriais e articulando redes de prevenção, cuidado e reinserção social para a promoção da atenção integral a usuários, familiares e rede social implicada

Em seguida temos os encaminhamentos realizados por outros serviços, em números menores o que podemos supor que é por conta da fragilidade da rede de serviços, pelo ineficiência da referência e contrareferência e até mesmo pelo não conhecimento do serviço ofertado no CAPS dos profissionais de outros serviços de outras políticas públicas.

Em relação ao bairro em que reside, 25% são moradores de rua, o que levanta diversas questões sobre os processos de trabalho desenvolvidos nos CAPS AD. Observa-se que muitos tem família, no entanto com vínculos fragilizados ou rompidos o que os levaram a situação de rua. Assim, dar visibilidade e voz a alguém que se diz morador de rua e é um “ser invisível”, para a sociedade, identificar suas potencialidades e ajudar a fazer ele acreditar ser possível realizar, além de resgatar seus projetos de vida fora da instituição, são objetivos traçados no CAPS. Outro desafio é a construção da própria rede inter setorial devido a instabilidade das propostas de acolhimento dos serviços, tanto na saúde quanto nas demais políticas. O acesso da população moradora de rua nos serviços de saúde é uma questão crítica e que precisa ser pensada e articulada intersetorialmente, com diversas instâncias públicas como a Assistência Social, a Habitação e a Segurança Pública. Os CAPS AD como serviços de saúde mental, em geral se limitam a intervenções dentro da instituição. Esse cuidado deve ser ampliado no caso do morador de rua, que precisa ser visto, como um sujeito em reconstrução em todos os aspectos: ético, político e social o que requer uma intervenção ampla e multisetorial. Na prática são evidenciados os problemas estruturais que atravessam os serviços, como a burocracia pública na tentativa de assegurar benefícios aos usuários e a rotatividade das equipes técnicas e, principalmente, o “fechar as portas” quando por ocasião de uma recaída.

Além disso, hoje, as principais abordagens do problema "população de rua" ainda são consideradas higienizantes. A população de rua é considerada uma contaminação do espaço público. Vistos desta forma, eles são o resíduo do descarte humano, uma população que é excedente do ponto de vista produtivo. Nesse caso, o foco não é a pessoa, mas o mal estar que ela provoca pela sua presença nas ruas da cidade.

Na rua, crescem as chances de se intensificar o consumo de álcool e das drogas e junto com a dependência, vêm ainda a debilidade do organismo, a diminuição das chances de encontrar uma ocupação e as possibilidades de ingressarem em delitos, sobretudo furtos. Mas as dificuldades não esbarram aí, pois esta população é mais vulnerável a transtornos mentais, DST/AIDS e gravidez indesejada.

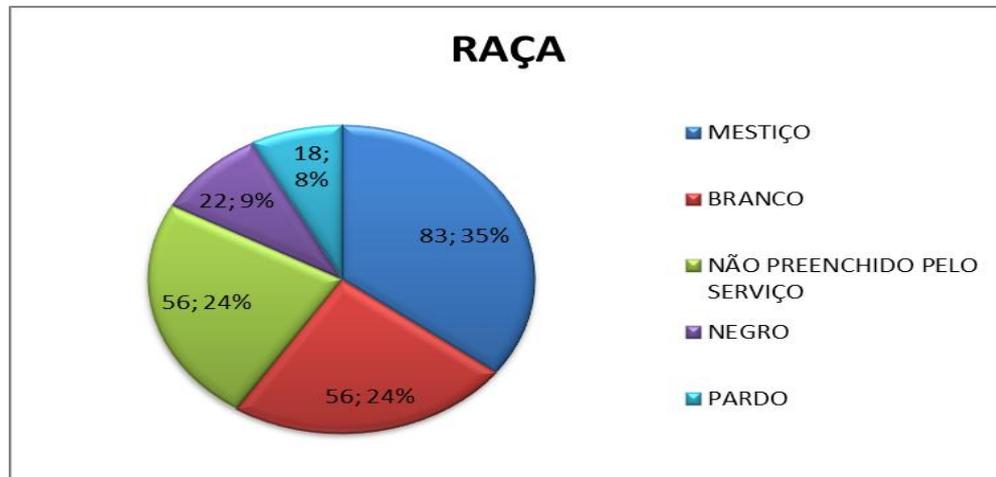
Importante, ainda, destacar a diferença entre morador de rua e mendigo. O mendigo vive da mendicância, pedindo. O mendigo sempre mora na rua e desenvolve sociabilidade ligada à ela. Já o morador de rua nem sempre pede, e quando perguntados se são mendigos, respondem que não, que trabalham. No entanto, os próprios moradores de rua não enxergam sua atividade como um trabalho legítimo. Em muitos casos, a rotina de trabalho dos moradores de rua não tem descanso ou divisão de dias úteis. Observa-se uma desvinculação entre trabalho e emprego. Esse é um problema, o mercado da informalidade. Essas pessoas não servem para o emprego porque são consideradas indisciplinadas, sujas demais, e o mercado não as aceita. Ou seja, é uma mão de obra muito barata, quase escrava, sem garantias constitucionais e trabalhistas.

A vivência de rua é cercada por vários mitos, e um deles é atribuir ao morador de rua a escolha pela indigência, transformando a necessidade em opção. Costuma se pensar que para sair da rua a pessoa depende de vontade própria, esforço. No limite, se interpreta isso como uma questão de escolha, quando na verdade tem toda uma história de vida envolvida e seus contextos social, emocional e de saúde.

Assim, podemos dizer que em nossa sociedade há três políticas públicas para este público: a primeira é a política em que se cria uma rotina para manter o indivíduo sobre controle, mas sem tirá-lo daquela situação, como por exemplo os albergues. A segunda é a política higienista, em que não se tenta eliminar a condição de pobreza, mas o próprio pobre,

como exemplo, temos os seguranças em praças que o impedem de dormir em seus bancos. E a terceira é a política que enxerga o morador de rua como um coitado, exemplo são as escolas.

FIGURA 14



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

Em relação a raça, o mestiço ficou em primeiro lugar, ou seja pessoas que descendem de duas ou mais raças humanas diferentes, possuindo características de cada uma das "raças" de que descendem. Em segundo o branco, que se referem aos seres humanos caracterizados, em certo grau, pelo fenótipo claro da pele.

As definições de uma raça difere de acordo com o contexto geográfico e histórico, várias construções sociais tiveram implicações em termos de identidade nacional, consanguinidade, ordem pública, religião, estatísticas demográficas, segregação racial/ação afirmativa, eugenia, marginalização racial e cotas raciais. O conceito tem sido aplicado com diferentes graus de formalidade e de consistência interna em disciplinas como: sociologia, política, genética, biologia, medicina, biomedicina, linguagem, cultura e direito. Também devemos considerar a origem das várias correntes migratórias que se distribuíram de formas diversas no território nacional.

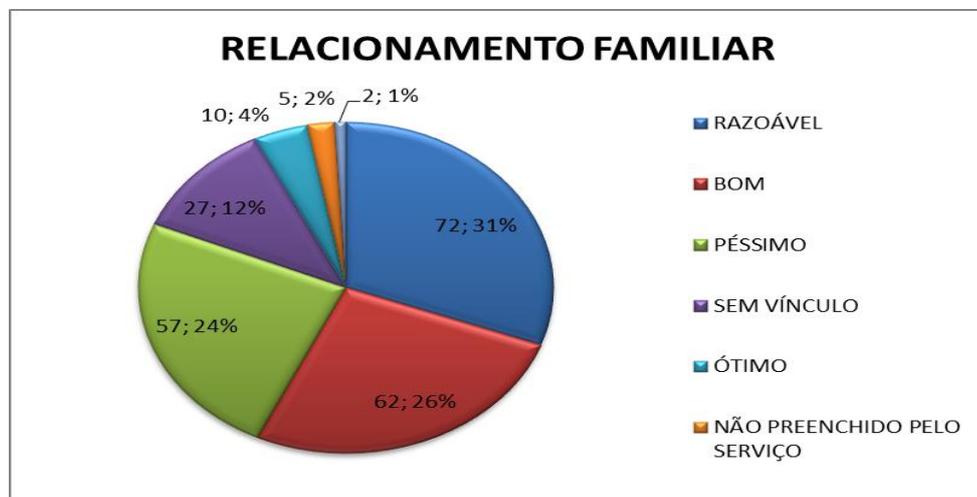
De acordo com o IBGE, 84,7 milhões de brasileiros se auto declararam *pardos* em 2009, fazendo dos pardos a segunda maior raça/cor que compõe o povo brasileiro, atrás apenas dos brancos. O percentual de *pardos* é o que mais cresce na população brasileira. Em 2000, os brasileiros que se auto declaravam pardos representavam 38,5% da população; em

2006 passaram a ser 42,6% e em 2009 passaram a ser 44,2%.¹ Somando-se esses 44,2% aos 6,9% que se declaram negros e aos 0,3% que se declaram indígenas, tem-se que maioria da população brasileira (51,4%) não se identifica como branca, primeira vez que isso ocorreu. O resultado se verificou no censo de 2010, quando 96,7 milhões de brasileiros (50,74% da população) se declararam negros ou pardos. Desses, 14,5 milhões (7,61% da população total) se declararam negros, enquanto 82,2 (43,13% da população total) se declararam pardos. As pessoas que se declararam brancas no censo de 2010 representam 47,73% da população.

Esta estatística dos pacientes do CAPS deve ser analisada com cautela, pois não se sabe se os profissionais realmente, em todos os entrevistados foram perguntados em que se raça se declaram ou foram preenchidos pelo que observaram na cor da pele do paciente. Observa-se ainda, que 24% das anamneses não foram preenchidas este dado.

4.2 CONTEXTO FAMILIAR

FIGURA 15



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

Diante da Figura 15, observamos que a maioria tem um relacionamento razoável (31%) ou péssimo (24%) com suas famílias, isso por que o uso de drogas pode causar impactos profundos nas relações sociais e familiares do dependente. Quando o uso da droga se torna frequente, a pessoa deixa de sentir prazer em outros aspectos da vida, como o

convívio com parentes e amigos. Toda a dinâmica familiar e social é afetada por esse comportamento, fragilizando os relacionamentos.

No casal, a relação de cumplicidade e o cuidado com o relacionamento deixam de existir pois a droga passa a ser o centro das atenções. O adicto não consegue se organizar, ter ritmo, ser constante. A convivência com os filhos se torna cada vez mais difícil, pois criança precisa de cuidados especiais, ritmo e relações saudáveis para que possa se desenvolver. O uso constante de drogas é inversamente proporcional aos cuidados necessários que um pai ou uma mãe devem proporcionar.

O uso de drogas tende a fragilizar todas as pessoas que fazem parte da vida do dependente e sentimentos como desespero, angústia e medo acabam por permear as relações familiares. Os conflitos familiares são, muitas vezes, causa e consequência do uso da droga, pois em relações frágeis, o uso acaba potencializando a fragilidade e acentuando ainda mais as dificuldades que já existiam.

Assim, a família também passa por um processo de adoecimento, no qual chamamos de co-dependência. Os co-dependentes são aqueles visivelmente afetados, na maior parte das vezes, até fisicamente, pela convivência com um ou mais dependentes químicos. E tem uma enorme dificuldade em pedir e aceitar ajuda. Todo aquele que está emocionalmente ligado e oferece seus sentimentos e sua vida para "proteger seu dependente", visando impedir que comportamentos anti-sociais tornem-se transparentes, é um co-dependente.

FIGURA 16



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

Além do relacionamento familiar, destacamos um grande número de familiares, 72% no total, que também fazem uso/abuso de drogas. E os motivos que levaram a iniciar o consumo também estão interligados ao âmbito familiar, apesar de que os riscos podem ser atribuídos às próprias características da adolescência tais como: necessidade de aceitação pelo grupo de amigos; desejo de experimentar comportamentos visto como "de adultos"; sensação de onipotência "comigo isso não acontece"; grandes mudanças comportamentais gerando insegurança e aumento da impulsividade.

A família, por sua vez, pode atuar com o um fator de risco ou protetor para o uso de substância psicoativas. Filhos de dependentes de álcool e drogas apresentam risco quatro vezes maior de também se tornarem dependentes. Mas o desenvolvimento da dependência irá depender da interação de: aspectos genéticos; características de personalidade e fatores ambientais, que poderão ser protetores ou até mesmo de risco para o uso de drogas.

É de fundamental importância o papel da família na formação da criança e do adolescente. É função da família fazer com que a criança aprenda a lidar com limites e frustrações, pois crianças que crescem em um ambiente com limites e regras claras, geralmente são mais seguras e sabem o que podem e o que não podem fazer. Quando se deparam com um limite, sabem lidar com a frustração. Crianças criadas sem regras claras buscam testar os limites dentro de casa, adotando um comportamento desafiador com os pais e, posteriormente, ao entrar na adolescência, repetem esse mesmo comportamento desafiador fora de casa. Além disso, por não estarem acostumados a regras e limites, não aceitam quando estes lhe são impostos.

Por outro lado, o monitoramento por parte dos pais e um bom relacionamento entre eles, é um importante fator de proteção em relação ao uso de drogas.

4.3 ASPECTOS RELACIONADOS AO USO DE DROGAS

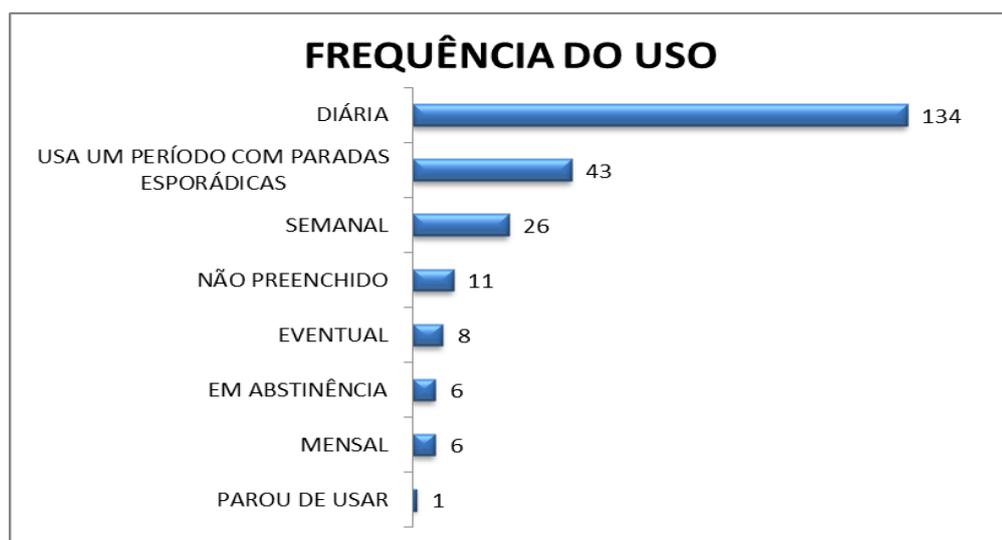
FIGURA 17



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

A curiosidade natural dos adolescentes foi o fator principal, e em seguida a influência de amigos. Essa curiosidade o faz buscar novas sensações e prazeres, o adolescente vive o presente e na sua busca por realizações imediatas o efeito das drogas vai de encontro a isto, proporcionando prazer imediato.

FIGURA 18



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

Em relação ao consumo, a maioria dos pacientes fazem uso diário, ou seja são considerados dependentes, pois não existe mais um controle sobre o uso, causando problemas reais à saúde. O consumo se torna uma compulsão, já que o indivíduo passa a direcionar toda a sua vida ao consumo das drogas ou do álcool. As substâncias se tornam indispensáveis ao funcionamento psicológico do indivíduo. Portanto, a dependência provém não do desejo de consumir substâncias, mas da incapacidade de não consumi-las.

Em segundo lugar vem aqueles que fazem uso com paradas esporádicas, o que caracteriza o abuso, pois é o uso é mais recorrente, podendo desencadear para a dependência.

Destacamos que o número de pacientes em abstinência ou sem usar é muito inferior, mas que deve ser observado se que os que continuam em usam estão conseguindo ter uma redução de danos e uma melhor qualidade de vida na medida do possível.

FIGURA 19



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

Em primeiro lugar temos o álcool como substância utilizada, talvez por ser uma droga lícita, de fácil acesso e socialmente aceita, no entanto não menos nefasta do que as demais drogas ilícitas. A dupla moral de uma sociedade que, por um lado, tolera ou promove o consumo moderado do álcool e, por outro, discrimina o consumo excessivo e fora de

controle, confunde a população, que precisa se orientar pelas normas. Desde os tempos mais remotos, a definição de alcoolismo está associada ao status social, uma espécie de suporte às relações e às interações sociais. No entanto, foi em 1849 que surgiu o termo alcoolismo e uma de suas primeiras definições, com Magnus Huss, que o definiu como “o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas esferas psíquica, sensitiva e motora”, observadas nos sujeitos que consumiam bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva, durante longo tempo.

Mais tarde, com Morton Jellinek, a definição de alcoolismo foi reestruturada e o comportamento do alcoólico passou a ser classificado como doença, o que gerou uma noção de repercussão negativa e social. Jellinek definiu o alcoolista como todo indivíduo cujo consumo de bebidas alcoólicas pudesse prejudicar o próprio, a sociedade ou ambos, e categorizou o alcoolismo como doença, tendo como base as quantidades de álcool consumidas. Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o alcoolista como um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e econômico.

Muitos iniciam o uso do álcool para ficar desinibido, para iniciar a vida sexual, para inserção em grupos de amigos, no entanto quando se perde o controle há o risco de se tornar alcoolista e de conhecer outras drogas, as ilícitas.

Em segundo lugar vem a maconha, droga ilícita, cercada por debates na sociedade brasileira sobre sua legalização. A maconha é a droga ilegal mais consumida em todo o mundo e a que mais se expandiu nas últimas décadas e é a droga de entrada para consumo das outras drogas. Barata e de fácil acesso, o seu uso continuado interfere na aprendizagem, memorização e na fertilidade. É uma combinação de flores e folhas da planta conhecida como Cannabis sativa, e pode ser verde, marrom ou cinza. Causa vermelhidão nos olhos, boca seca, taquicardia; angústia e medo para uns, calma e relaxamento para outros.

A maconha é usada comendo-a, mascando-a, fumando-a; aspirando-a sob a forma de rapé, ou engolindo-a. No Brasil, ela é mais usada e, seu emprego é mais comum sob a forma de "cigarros".

A maconha é considerada um alucinógeno, isto é, faz o cérebro funcionar de forma desconcertante e fora do normal e seu princípio ativo é o delta nove tetrahydrocannabinol (THC). O THC produz vários efeitos: avermelhamento da conjuntiva dos olhos (olhos injetados), redução da imunidade pela queda dos glóbulos brancos, sinusite crônica, faringite, constrição das vias aéreas, atua sobre o equilíbrio, movimentos e memória.

A potência da droga é medida de acordo com a quantidade média de THC encontrada nas amostras de maconha confiscadas pelas agências policiais.

Para ajudar a avaliar seus efeitos sobre a saúde, o pesquisador Wayne Hall, da Universidade Queensland, na Austrália, realizou uma revisão dos resultados dos estudos em torno do consumo de cannabis durante os últimos vinte anos. Entre os resultados desse estudo científicos sobre a cannabis, publicado na revista *Addiction*, há alguns que podem ser evidentes. Por exemplo, que dirigir intoxicado por ter fumado maconha dobra o risco de um acidente de trânsito.

Outro dos efeitos negativos da maconha diz respeito às grávidas. Vários estudos epidemiológicos constataram uma relação entre o consumo dessa substância e o peso reduzido das crianças no momento do nascimento.

A análise de Hall também se ocupa da relação entre o consumo de maconha e o risco de sofrer psicoses. Segundo sua revisão, o uso habitual de cannabis dobra esse risco, especialmente se há na família pessoas com transtornos psicóticos e se o consumo de maconha é iniciado durante a adolescência. Foi observado também que o uso regular de cannabis durante a adolescência está relacionado com o dobro de possibilidades de sofrer esquizofrenia.

Em terceiro lugar temos o tabaco, ou seja a nicotina que é encontrada em todos os derivados do tabaco. Esta é uma droga que age estimulando o sistema nervoso central, fazendo com que ele funcione de maneira acelerada.

Ao inalar a nicotina, através da fumaça do cigarro, ela é absorvida pelos pulmões e rapidamente atinge o cérebro pela corrente circulatória. No cérebro a nicotina estimula a

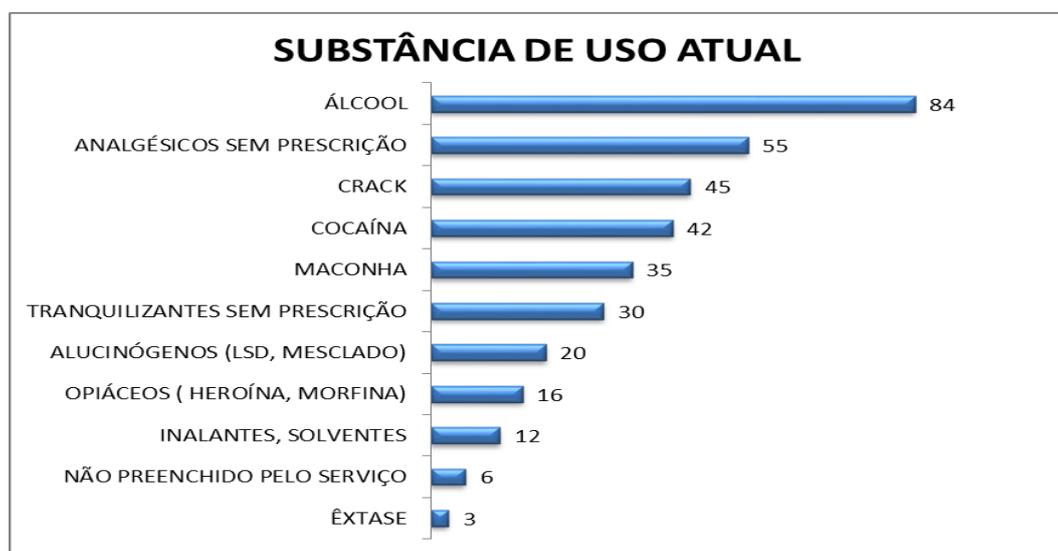
liberação de uma substância chamada Dopamina, que proporciona imensa sensação de prazer e bem estar ao fumante. Por esse motivo é que o fumante ao tentar parar de fumar se ressent da falta de Dopamina, da sensação de bem estar na vida. Cada vez que os níveis de dopamina começam a cair na corrente circulatória, imediatamente o fumante acende um novo cigarro, sem se dar conta do ato automático, mantendo sua sensação de bem estar, estando instalada a dependência de nicotina.

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável no mundo. A organização estima que um terço da população mundial adulta, isto é, cerca de 1 bilhão e 200 milhões de pessoas, sejam fumantes.

O tabagismo está relacionado a mais de 50 doenças sendo responsável por 30% das mortes por câncer de boca, 90% das mortes por câncer de pulmão, 25% das mortes por doença do coração, 85% das mortes por bronquite e enfisema, 25% das mortes por derrame cerebral. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), todo ano cinco milhões de pessoas morrem no mundo por causa do cigarro.

Não só o fumo ativo, mas o passivo também aumenta os riscos de doença. Sete não fumantes morrem por dia em consequência do fumo passivo. O tabagismo passivo aumenta em 30% o risco para câncer de pulmão e 24% o risco para infarto.

FIGURA 20



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

Diante da Figura 20, observa-se que a maioria dos pacientes faz uso de múltiplas drogas, do total dos 235, apenas 19 fazem uso somente do álcool e 02 de tabaco.

A progressão para dependência de múltiplas drogas associa-se a pressões externas (incentivo ao uso de drogas, grupo social, traficantes), principalmente em usuários mais jovens (< 30 anos), que já fazem uso de tabaco e/ ou álcool e, geralmente, inicia-se pelo uso de maconha. Sempre se deve investigar o uso de múltiplas drogas, pois a associação é frequente e a prevenção dos danos exige diferentes medidas, em decorrência da heterogeneidade do grupo usuário de múltiplas drogas. A dependência de múltiplas drogas pode ser quantificada em moderada ou intensa.

Há associação entre múltiplo uso e transtornos mentais, inclusive com tentativas de suicídio. O uso de drogas em indivíduos que apresentam outro diagnóstico psiquiátrico, muitas vezes, é difícil de identificar e tratar, piorando a evolução tanto do transtorno primário como do relacionado ao uso e dependência de drogas. Se o indivíduo for poliusuário, a situação se agrava, reservando ainda mais o prognóstico de ambas as condições. A associação de diagnósticos pode ser decorrente de uma série de fatores, como, por exemplo, maior vulnerabilidade do indivíduo.

A automedicação vem em segundo lugar. Aqui nos referimos a antidepressivos, ansiolíticos, remédios para emagrecer e para dormir, entre outros, que sem prescrição médica causam dependência e consequências graves, principalmente associados a uso de outras drogas, como por exemplo o álcool e crack.

Os riscos associados ao uso de diferentes combinações de drogas são influenciados por características do usuário, como a existência de tolerância, estado de saúde, aspectos genéticos e fenotípicos.

O álcool está presente em quase todas as combinações, sendo a primeira droga com efeitos psicoativos e de alteração do comportamento que os jovens consomem. Sua ampla disponibilidade faz dela a substância base dessas combinações, sobretudo em contextos recreativos, mas também no uso dos consumidores intensivos de drogas. A euforia inicial produzida pelo álcool é um importante facilitador para o uso de outras drogas, como a

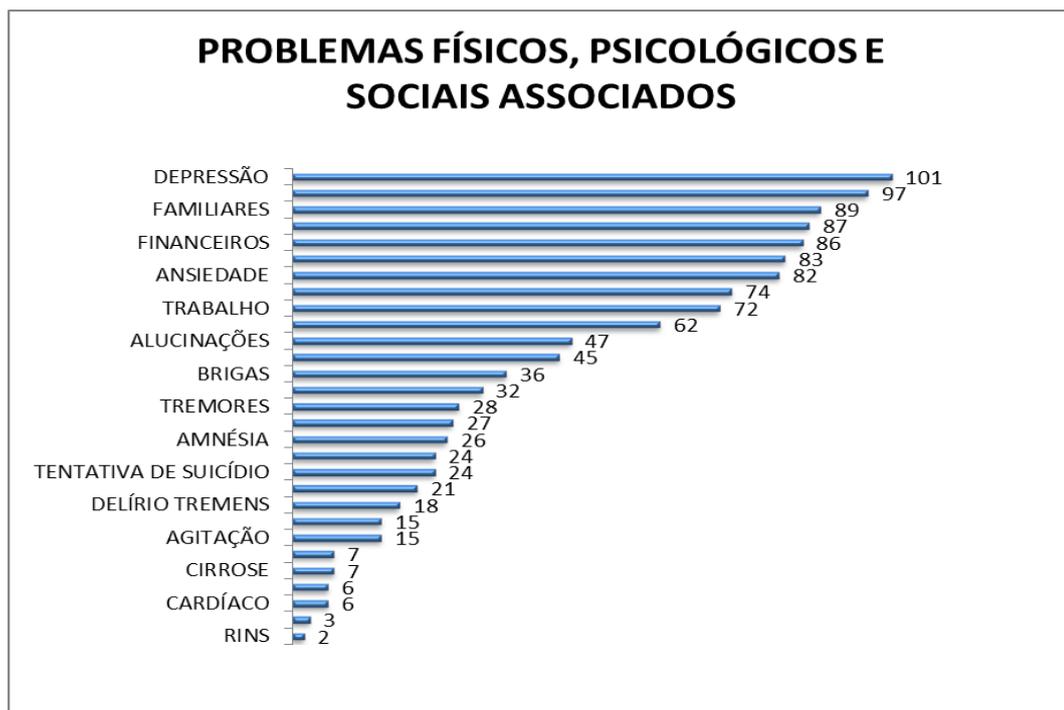
cocaína. Além disso, o álcool atenua a hiperatividade causada pela intoxicação por cocaína, o que leva muitos usuários ao uso sequencial. Usuários de cocaína/ crack referem, comumente, ingestão de álcool para aliviar sintomas de intoxicação e o desconforto da abstinência recente de cocaína. Dependentes de cocaína que fazem uso abusivo de álcool apresentam maiores índices de psicose induzida pela cocaína, de depressão e menor adesão ao tratamento.

FIGURA 21



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

FIGURA 22



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

Levando em consideração a idade média de início do uso das drogas e a idade atual dos pacientes do CAPS AD SR II, observamos que, em sua maioria, a droga causa consequências há mais de dez anos na vida dessas pessoas. Essas consequências causadas pelo uso de substâncias psicoativas se retratam nos mais variados âmbitos da vida do ser humano e reflete na vida de seus familiares, tendo uma grande repercussão em vários aspectos.

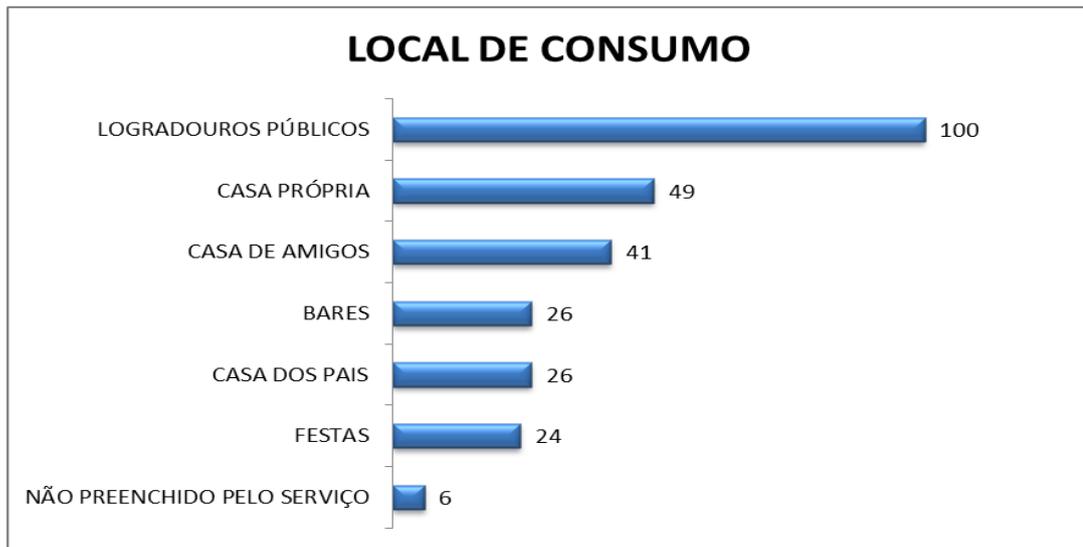
A droga perpassa décadas, é algo inerente à condição humana, por várias razões o homem se submete a ela e estabelece uma relação, seja social, de necessidade ou mesmo de dependência. É sabido que essa relação do homem com as drogas, sofre influências norteadas pelo capitalismo, que vinculado à mídia cria necessidades de consumismo, ou mesmo, cria valores distorcidos que impõe padrões a serem seguidos, favorecendo o aumento do consumo de drogas, bem como a sua propagação, vemos isso com os cigarros, moderadores de apetites, bebidas alcoólicas; ou ainda a influencia de ídolos de rock com drogas ilícitas.

O consumo de drogas ilícitas provocou 183 mil mortes no mundo em 2012, de acordo com o recém-apresentado relatório mundial da ONU sobre drogas. Segundo a ONU, considerando os mortos e os usuários de drogas que enfrentam problemas de saúde, a população mundial que é dependente deixou de viver 20 milhões de anos em 2010. A conta é complicada e se baseia na estimativa de quanto tempo um cidadão poderia viver a mais ou melhor se não usasse drogas. Para chegar ao impacto da droga no tempo de vida do dependente, os pesquisadores realizaram cruzamentos de dados com 12 variáveis.

Essa interferência aumentou nas duas últimas décadas. Entre 1990 e 2010, o salto foi de 53%: passou de 13,1 milhões de anos comprometidos para 20 milhões de anos, juntando o tempo perdido para overdoses, que provocam mortes prematuras, e o tempo a ser vivido pelos dependentes com qualidade prejudicada (afetada por doenças como HIV, hepatites B e C, complicações do fígado e distúrbios psiquiátricos, resultantes do consumo de entorpecentes).

No CAPS AD SR II, esta realidade não é diferente, todos os pacientes declararam ter algum tipo consequência, seja física, psicológica ou social, ficando em primeiro lugar a depressão.

FIGURA 23



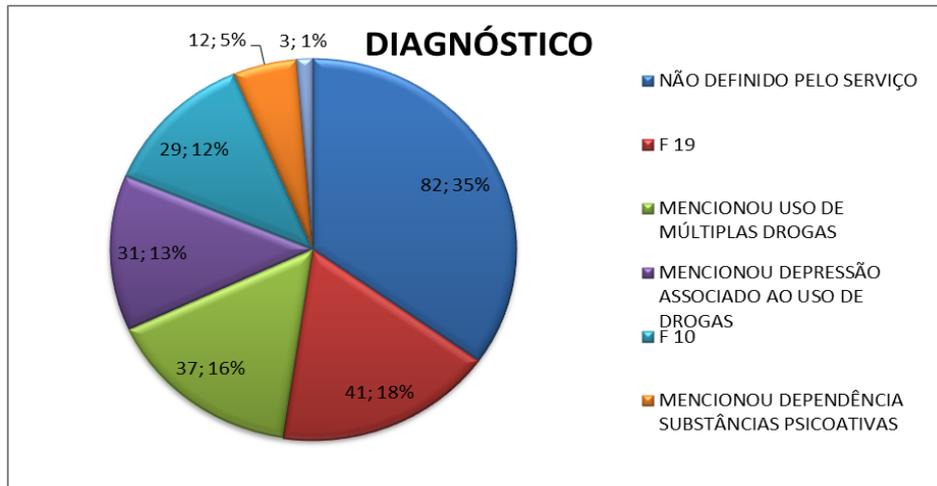
Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

Como o CAPS AD SR II atende uma grande quantidade de moradores de rua, o consumo das drogas em sua maioria se dá nos logradouros públicos, o que gera uma série de consequências, como aumento de roubos e furtos, tráfico de drogas, violência urbana, insegurança e desvalorização de patrimônios que deveriam ser utilizados para lazer e entretenimento da população. Um exemplo é o bairro Centro de Fortaleza, que em alguns pontos, até mesmo turísticos, são povoados por moradores de rua que fazem uso de drogas a qualquer hora do dia.

Em seguida vêm às residências, sejam próprias, de pais ou amigos. Geralmente são utilizadas por aqueles que não têm vivência de rua, e quando estes desejam fazer uso fora de casa, fazem uso em bares e festas da cidade.

4.4 ASPECTOS RELACIONADOS AO TRATAMENTO

FIGURA 24



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

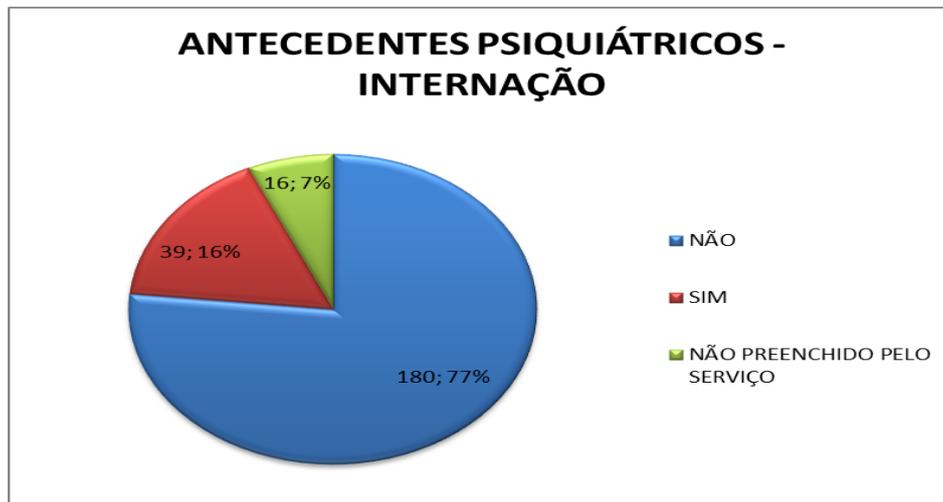
Infelizmente a maioria dos pacientes do serviço não tem diagnóstico definido, o que dificulta em um tratamento personalizado já que podem ter algum transtorno psiquiátrico associado a dependência de substâncias psicoativas. Em 29% são mencionados uso de múltiplas drogas ou dependência de substâncias psicoativas, no entanto não diagnosticados de acordo com o CID 10, que é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ele abrange todas as doenças e foi elaborado pela Organização Mundial de Saúde.

O quinto capítulo da CID-10 refere-se aos “Transtornos Mentais e de Comportamento” e inclui os transtornos provocados pelo uso de substâncias. Cada diagnóstico é codificado por uma letra e dois números. Os diagnósticos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo as bebidas alcoólicas, têm sempre a letra F seguida por dois números, que vão de 10 a 19. Estes são os códigos da CID-10 que indicam a que tipo de substância psicoativa o transtorno está associado. “Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de substância psicoativa”: 9 F10 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool; 9 F11 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de opioides; 9 F12 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de canabinoides (maconha); 9 F13 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso

de sedativos ou hipnóticos; 9 F14 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de cocaína; 9 F15 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de outros estimulantes, incluindo a cafeína; 9 F16 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de alucinógenos; 9 F17 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de fumo (tabaco); 9 F18 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de solventes voláteis; 9 F19 - Transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de múltiplas drogas e do uso de outras substâncias psicoativas. Um terceiro número deve ser acrescentado ao código para indicar o tipo de transtorno: 9 0 - Intoxicação aguda; 9 1 - Uso nocivo; 9 2 - Síndrome de dependência; 9 3 - Estado de abstinência; 9 4 - Estado de abstinência com delírio; 9 5 - Transtorno psicótico; 9 6 - Síndrome amnésica; 9 7 - Transtorno psicótico residual e de início tardio; 9 8 - Outros transtornos mentais e de comportamento; 9 9 - Transtorno mental e de comportamento não especificado.

O diagnóstico deve ser feito por um médico, utilizando instrumentos próprios para esse fim, portanto este dado estatístico mostra que o diagnóstico deve ser melhor investigado e avaliado neste serviço.

FIGURA 25



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

FIGURA 26



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

Alguns pacientes, 16%, já estiveram internados por ter algum transtorno mental associado ao uso de drogas. Ressalta-se que esses transtornos podem ter sido desencadeados pelo uso abusivo das drogas, ou as drogas podem ter influenciado na piora desses transtornos.

Designa-se comorbidade o fato de em um mesmo indivíduo apresentar mais de uma doença em seu contexto histórico. É um conceito novo em psiquiatria, com não mais de vinte anos, e vem sendo aplicado nessa especialidade com muito rigor, pois o entendimento desse diagnóstico favorecerá, ou não, o tratamento.

Os achados clínicos vêm levantando inúmeras polêmicas. Será que a presença de outras doenças mentais favoreceria a busca de drogas por determinada pessoa? O uso de drogas funcionaria tão somente como desencadeador de outras doenças mentais entre os usuários? A presença de comorbidade seria empecilho para a recuperação dos enfermos? Essas são apenas algumas das principais questões que estudos científicos tentam responder, muito embora já tenhamos avançado muito sobre essas questões.

É provável até que a existência de outros transtornos emocionais comórbidos à dependência dificulte a adesão do paciente ao tratamento, proporcione resultados piores em termos de frequência e quantidade da droga consumida, bem como do funcionamento

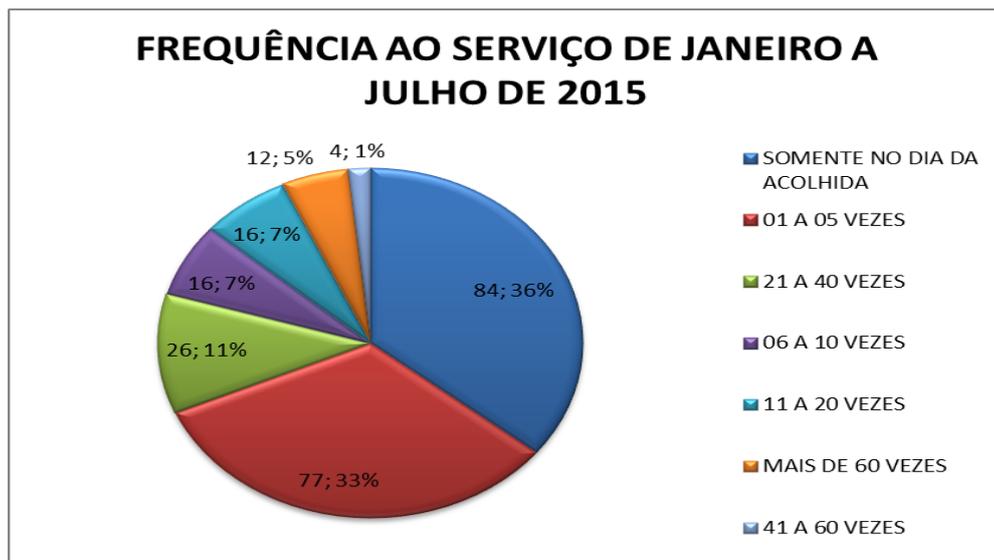
psicossocial. Nem sempre é a droga em si a responsável exclusiva pela apatia ocupacional do dependente, pelos fracassos sociais e familiares.

Em relação às doenças mentais mais severas, temos a esquizofrenia e o transtorno bipolar do humor. Em quase metade dos pacientes também aparece a associação com abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Quanto ao tratamento do dependente químico portador também de outra doença mental, há resultados melhores quando se integra o tratamento dos sintomas psíquicos do eventual transtorno com atitudes direcionadas à dependência. A existência de comorbidade aumenta a dificuldade no controle de cada doença isoladamente, ou seja, é mais difícil tratar um paciente deprimido e dependente de cocaína do que o tratamento da depressão ou dependência à cocaína isoladamente.

Mais da metade dos pacientes desta pesquisa, 57%, já realizaram ou iniciaram pelo menos uma vez, tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. Estes relataram os seguintes serviços: Hospitais, Clínicas, A.A, N.A, Comunidades Terapêuticas, além de programas e projetos voltados para este público alvo.

FIGURA 27



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

Verificamos uma não adesão ao tratamento, já que 36% comparecem somente no

dia da acolhida e 33% somente até cinco vezes. A eficácia dos tratamentos dependem do tempo que os pacientes passam em tratamento até a sua alta e o abandono é um dos problemas mais graves.

A dependência em substâncias psicoativas caracteriza-se como uma doença crônica e multicausal expressa por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, comumente associada a prejuízos em diversos âmbitos da vida do indivíduo. Para tornar esse quadro menos agravante, o tratamento para dependência requer múltiplas intervenções psicoterapêuticas e sociais, a partir de uma equipe multiprofissional que considere o indivíduo em sua totalidade, visando à reabilitação e à reinserção social desse indivíduo.

A adesão ao tratamento torna-se imprescindível para o gerenciamento desse transtorno, pois da adesão dependem o sucesso da terapêutica proposta, a minimização dos sinais e sintomas, a remissão do transtorno, a redução de possíveis doenças e agravos, a motivação para a reabilitação, prevenção de lapsos e recaídas e a reinserção social.

Conceitualmente, a Organização Mundial de Saúde define a adesão como "*[...] o grau em que o comportamento de uma pessoa - tomar o medicamento, seguir um regime alimentar e/ou executar mudanças no estilo de vida - corresponde às recomendações acordadas com um prestador de cuidados de saúde*"

Apesar da relevância da adesão ao tratamento no processo de reabilitação, é consenso na literatura o baixo índice de adesão pelos dependentes, sendo que muitos iniciam o tratamento, mas poucos o mantêm. Após o início do tratamento, sua continuidade caracteriza-se como um percurso difícil de atingir, pois à medida que os dependentes de drogas enfrentam obstáculos como o lapso e a recaída, poucos conseguem se manter abstinentes e aderir ao tratamento.

A não adesão ao tratamento constitui-se em um problema de saúde pública responsável por diversos prejuízos na vida do indivíduo e de seus familiares, os quais se relacionam ao agravamento do transtorno, desgaste familiar, internações evitáveis e aumento no custo dos cuidados de saúde.

Portanto é importante refletir sobre a reorientação da prática profissional na área da saúde, a partir da construção, produção e ampliação do conhecimento acerca dos fatores que interferem diretamente na adesão ao tratamento pelo dependente, com vistas ao aumento da adesão e da qualidade de vida dessas pessoas.

Reafirmando a importância da motivação, os participantes ressaltaram que pacientes que iniciam o tratamento apenas em decorrência de influências externas, como: pressão de familiar e de amigos, comorbidades clínicas e ordens judiciais, possuem dificuldade em aderir ao tratamento, pois não se sentem realmente motivados para o mesmo.

O uso de medicamento é um fator que influencia na adesão ao tratamento, já que alguns adictos têm a ideia ilusória que somente usando medicamento conseguirão a reabilitação e, por isso, não aderem ao restante das atividades propostas. Contudo, o tratamento medicamentoso é apenas um dos recursos terapêuticos que devem ser complementados com estratégias para mudanças comportamentais e planejamento terapêutico de vida.

O tipo de substância psicoativa consumida influencia diretamente na adesão ao tratamento, uma vez que usuários de múltiplas drogas e de crack aderem menos quando comparados a dependentes de álcool. A baixa adesão por usuários de crack possivelmente se relaciona aos efeitos que causam no organismo e à intensa fissura, que gera.

O papel da família é fundamental na reabilitação e adesão do dependente químico, seja incentivando ou participando ativamente no tratamento, por meio das reuniões familiares e outras formas.

As condições socioeconômicas são fatores intimamente relacionados à baixa adesão ao tratamento, uma vez que alguns pacientes não podem se ausentar do seu trabalho, pois necessitam manter a renda familiar; e até mesmo por não possuírem recurso financeiro para a locomoção até o CAPS AD.

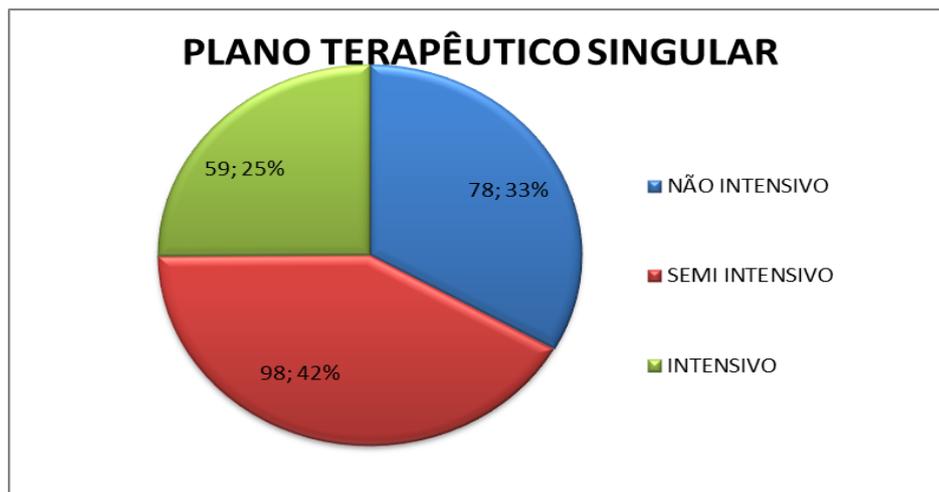
O ambiente é um fator que interfere na adesão, por exemplo, muitos pacientes

residem com outros usuários de drogas ou próximos de traficantes e de locais de uso de drogas, favorecendo o contato diário com essas substâncias.

O serviço de saúde favorece a adesão ao tratamento, desde o acolhimento inicial na instituição, sem uso da violência e preconceito, com estabelecimento de vínculo entre profissional e paciente. Sem vínculo, os pacientes não aderem ao tratamento e não retornam ao serviço.

Com a influência da infraestrutura precária do CAPS AD, muitos pacientes não se sentem motivados a realizar o tratamento, pois há a ausência de oficinairos para desenvolver habilidades; faltam materiais adequados; ausência de material no ambulatório, ausências de alguns tipos de medicação; insuficiência de recursos humanos e materiais, entre outros:

FIGURA 28



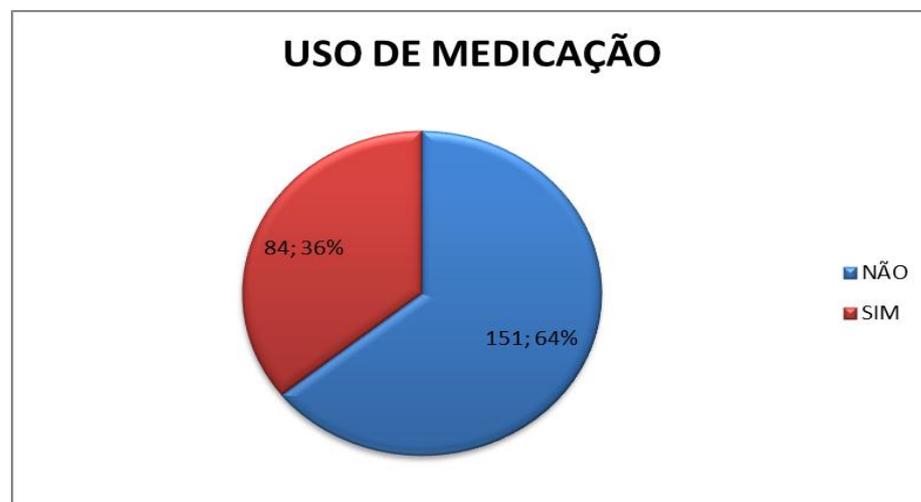
Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

O Plano Terapêutico Singular - PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. No fundo é uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários. O PTS busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação (lembrando que os diagnósticos tendem a igualar os sujeitos e minimizar as diferenças).

No entanto, no CAPS AD SR II, observou-se uma resistência dos pacientes na adesão de um PTS intensivo e semi intensivo, pois muitos ainda tem a visão de que somente o atendimento médico e a medicação basta para realizar o tratamento. E ainda temos aqueles que não aderem por não ter disponibilidade de tempo, já que trabalham ou estudam.

Nas três modalidades de PTS, como observado na Figura anterior há dificuldade cumprir este, já que em 36% dos casos, somente compareceram no dia da avaliação inicial.

FIGURA 29



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

A medicação, deste que prescrita e utilizada corretamente, é im portante no tratamento para dependentes de substâncias psicoativas. Assim, a medicação é indicada, principalmente, para tratar as comorbidades; atenuar/prevenir os efeitos da Síndrome de Abstinência e facilitar o engajamento nas intervenções psicossociais.

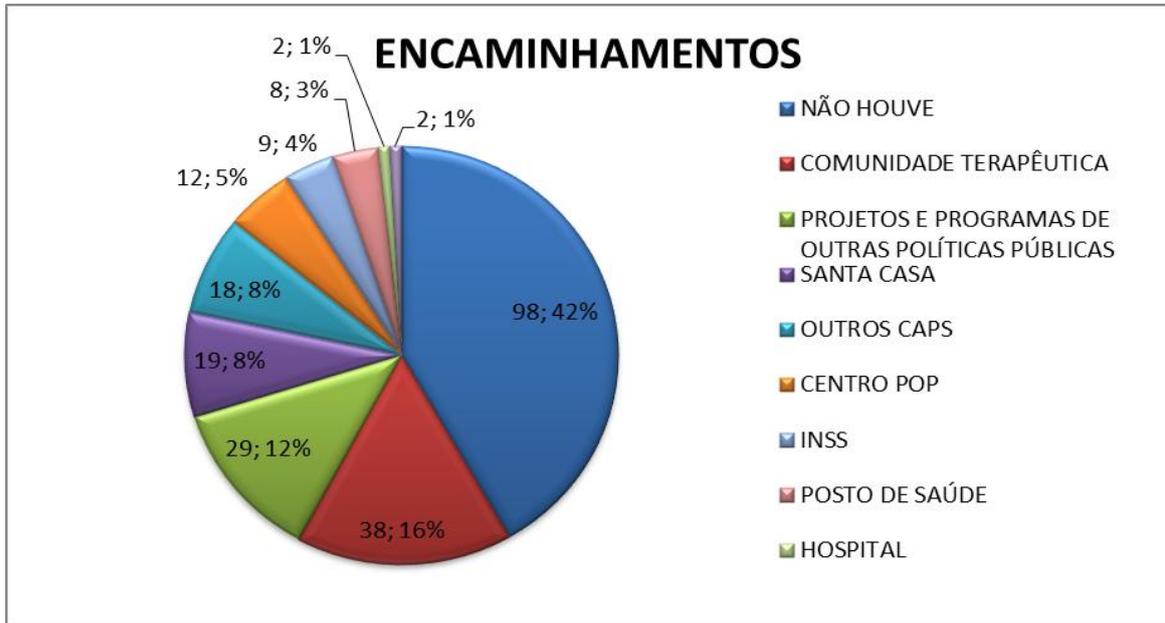
No CAPS AD SR II, 64% não utilizam medicação, mas já realizaram uso em algum momento; 36% fazem isso, sendo que somente 28% tem prescrição médica.

A prevalência de pacientes que não estão em uso de medicação está associada a pouca adesão ao tratamento, pois além daqueles que comparecem somente no dia da avaliação inicial, tem aqueles que não cumprem seu PTS.

Ressalta-se a existência do culto a medicalização por parte dos pacientes, muitos

deles acham que o tratamento se resume somente ao uso de medicação, comparecendo ao serviço somente para renovar receitas, e não realizando atendimentos individuais e grupais ofertados no serviço.

FIGURA 30



Fonte: ELABORAÇÃO DA PESQUISADORA, 2016

O acolhimento realizado em serviços como o CAPS AD SR II, além de ofertar a promoção e o tratamento de saúde, pressupõe envolvimento humanitário e afetivo, que se constitui no eficaz amparo a alguém em total estado de vulnerabilidade sem que haja desrespeito aos direitos fundamentais do ser humano. O acolhimento é a fase inicial e uma das mais importantes no tratamento do dependente. Dessa fase, muitas vezes, dependerá o êxito das demais, porque é nessa etapa que surge a empatia entre o paciente e a equipe, quando todo esforço dos profissionais envolvidos deve estar voltado para cativá-lo e a aceitação do paciente em se deixar conduzir.

Porém, em muitos dos casos, é preciso extrapolar os muros do CAPS AD SR II, para encaminhar pacientes para outros serviços de saúde e até mesmo para outras Políticas Públicas.

Nesta pesquisa, temos o dado de que em 42% dos casos não houve encaminhamentos. Podemos citar algumas hipóteses para isso: o CAPS AD foi suficiente para

atender a demanda do paciente; o profissional de referência ou o profissional que realizou acolhida não achou necessário ou não conhece a rede de serviços para realizar encaminhamentos; ou a própria rede de serviços é falha e fragilizada.

Desta forma podemos focar em dois pontos: a necessidade de acontecer a intersetorialidade entre as políticas e a necessidade de fortalecer as redes de serviços voltadas para pessoas dependentes de substâncias psicoativas.

Ao analisar o atendimento prestado por esses Centros Públicos, em que o paciente é medicado e retorna para o seu convívio natural (muitas vezes saem fisicamente mais fortalecidos e vão direito para as ‘bocas’ ou bares continuar a usar droga sem nenhuma garantia de que irão prosseguir em tratamento), percebe-se, portanto, que o atendimento realizado pelos CAPs não alcançam seu objetivo, e se constituem em mais um procedimento higienista.

Portanto, ao colocar em prática cada uma das políticas públicas elaboradas é preciso ter mais consciência sobre se o trabalho desempenhado corresponde ao investimento público que foi feito. Além disso, é preciso uma mudança de olhar por parte de gestores, que deve ter esta causa como uma de suas prioridades governamentais, já que é um problema de saúde pública que só cresce e agrava em nosso país.

5 TRABALHANDO COM HISTÓRIAS DE VIDAS: HISTÓRIAS QUE A VIDA CONTA

Como já exposto anteriormente, para a realização das histórias de vidas utilizamos os seguintes critérios: um paciente com vínculo de pelo menos seis meses no serviço e outro paciente recém chegado ao serviço (o qual não foi possível, como explicaremos mais adiante); ter sido atendido por mais de um profissional de nível superior; apresentar condições cognitivas de responder a entrevista e aceitar participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE.

No entanto, não foi possível a realização de história de vida de um adicto recém chegado ao serviço, pois durante o dias da pesquisa de campo não haviam paciente deste perfil no serviço. Foram realizados alguns contatos telefônicos, mas sem êxito. E não seria apropriado fazer com um adicto que estaria na acolhida, ou seja a primeira vez no serviço, pois geralmente chegam fragilizados e é o momento de conhecer o serviço.

Assim, segue a seguir duas histórias de vida de adictos com mais de seis de vínculo com o serviço, mas de perfis diferentes e conforme Soares (1994) com elementos do presente que intereragem com o passado, um olhar retrospectivo.

5.1 SUJEITOS DA PESQUISA: RECORTES DAS TRAJETÓRIAS DE VIDA

A primeira entrevista realizada foi com o Entrevistado 1, ocorreu no dia 07 de Janeiro de 2016, no período da manhã, tendo a duração de 2 horas e 30 minutos, em sala reservada no CAPS AD SR II. O entrevistado comportou-se tranqüilo e bem receptivo a participar da entrevista e durante a mesma deixou transparecer sentimentos como saudade e emoção, como por exemplo notou-se seus olhos marejados em algumas passagens relatadas. Foi muito comunicativo e fez questão de contar sua história de vida.

A segunda entrevista foi realizada no dia 07 de Janeiro de 2016, no período da tarde, com duração de 2 horas, em sala reservada no CAPS AD SR II. O entrevistado 2 comportou-se tranqüilo, um pouco introspectivo, mas depois ficou mais a vontade.

Entrevistado 1: Sr. João¹¹

João, 58 anos, solteiro, tem um filho, heterossexual, natural de Fortaleza-CE, serígrafo, mas atualmente trabalha como vendedor, possui ensino médio completo, alcoolista. Reside com irmã, 60 anos, cunhado, 63 anos e sobrinho, 19 anos. A moradia é de alvenaria, possui cinco cômodos, provida de eletricidade, banheiro, água encanada e coleta de lixo. Residência localizada no Bairro Benfica, onde dispõe de comércio, escolas, praças, shoppings, faculdades, posto policial, posto de Saúde, entre outros equipamentos. A família sobrevive da aposentadoria de seu cunhado. João iniciou o consumo de álcool aos 16 anos, por conta da perda da mãe, vítima de câncer. É o caçula de três irmãos. O pai assumiu a responsabilidade de criá-los. Com a intensificação do uso de álcool os vínculos familiares começaram a ficar fragilizados. Na juventude teve um filho com uma namorada, mas por conta também do alcoolismo não chegou a casar ou ter uma união estável, não tendo também participação na vida do filho que cresceu em outro Estado. Chegou a viver nas ruas por 10 anos, após perder tudo, já que tinha uma pequena casa que seu pai deixou de herança. Após muito sofrimento, tratamentos iniciados e não concluídos, discriminação, rejeição da família, conseguiu ficar abstinente por 9 anos, através de tratamento no Alcoólicos Anônimos. Neste período retornou ao convívio familiar, mas com o início das recaídas os vínculos novamente foram rompidos e este voltou novamente para ruas. João procurou o CAPS AD SR II em Janeiro de 2013 por demanda espontânea, onde foi acolhido e elaborado PTS intensivo até surgir vaga para internação. Em abril de 2013 foi internado e até a presente data da entrevista encontra-se abstinente. João já passou por três internações psiquiátricas, refere problemas familiares, financeiros e ansiedade. É tabagista, e atualmente participa do programa antitabagismo do CAPS AD SR II. Relata que o álcool lhe trazia sensação de bem estar, mas quando parava ficava deprimido. Nas ruas, frequentava as calçadas do Mercado São Sebastião, recebia Bolsa Família como morador de rua, através do cadastro realizado no Centro Pop. Somente aos 30 anos reconheceu que tinha a doença. No CAPS AD SR II participou dos seguintes grupos: música, autocuidado, expressividade, atualidades, jogos cooperativos, leitura reflexiva, contoterapia, criarte, direitos sociais e redução de danos, onde sempre teve boa participação, mas tinha dificuldade de ouvir a opinião dos outros. Também durante este período fez uso das seguintes medicações: Tiamina, Complexo B, Ácido Fólico, Clorpromazepina, Fluoxetina, Ranitidina, Diazepan e Niquitin.

¹¹ Nome fictício.

Entrevistado 2 : Sr. Paulo¹²

Paulo, 31 anos, separado, um filho, ensino superior incompleto, desempregado, natural de Fortaleza-CE, bissexual, adicto (álcool, cocaína e crack). Paulo é filho único, órfão de pai e reside com a mãe, uma tia e uma prima no bairro São João do Tauape. Iniciou o uso do álcool e tabaco aos 17 anos e cocaína aos 27 anos por influência de amigos. Por conta das sucessivas perdas e conflitos (abandonou o emprego de caixa em uma farmácia, abandonou o curso de nível superior em Turismo, separação da companheira que ficou com a guarda do filho, conflitos com a mãe), sentiu que precisava de ajuda e em Julho de 2013 iniciou tratamento no CAPS AD SR II. Em seguida ficou internado para desintoxicação e logo após a alta iniciou tratamento ambulatorial através de PTS intensivo, mas no decorrer deste tempo foi internado mais duas vezes, sendo que a última pediu alta. Paulo já tentou suicídio algumas vezes. Recentemente começou a ter alucinações visuais e auditivas o que o deixou com bastante medo e preocupado. Sua sexualidade ainda não é bem resolvida. Possui vários episódios de recaídas, com comportamento agressivo. Chegou a morar sozinho, mas o consumo de drogas ficou mais intenso. Não sabe lidar com as frustrações e decepções, coloca sempre muita expectativa em tudo. Atualmente encontra-se interno em uma Comunidade Terapêutica localizada em Maranguape. Refere sentir insônia, alteração de humor e ansiedade. No CAPS AD SR II participou dos seguintes grupos: música, terapia comunitária, autocuidado, expressividade, atualidades, contoterapia, criarte, direitos sociais e redução de danos, onde sempre se comportou bem, mas introspectivo. Também durante este período fez uso das seguintes medicações: Clorpromazepina, Fluoxetina, Amoxilina, Presidin, Carbomazepina, Captropil e Niquitin.

5.2 DOS RESULTADOS

5.2.1 Da infância a fase adulta

A primeira pergunta a ser feita aos entrevistados foi referente a fatos da infância dos mesmos, sendo apresentada a seguinte resposta:

“Eu nasci em Fortaleza mesmo, morava com meus pais e meus 2 irmãos, e tinha como vizinhos meus avós e padrinhos. Eu sou filho caçula. Tinha uma boa

¹² Nome fictício.

convivência e respeito com meus pais. Morávamos numa casa de humilde e naquele tempo não tinha energia. Meu pai trabalhava em roçado, plantando milho e feijão e minha mãe fazia bolos para vender. Iniciei os estudos, naquele tempo era tudo muito difícil conseguir fardamento, material escolar. eu gostava muito de história. Eu tinha uns 10 anos quando meu pai começou a melhorar de vida, pois antes a gente passava muita necessidade. Eu gostava de brincar, formava aquele grupinho dia de domingo e passava o dia brincando, voltava pra casa a tardinha. [saudades]”. (João)

“Nasci e me criei em Fortaleza. Morava com meus pais. Sou filho único. Meu pai era auxiliar administrativo em uma grande empresa e minha mãe do lar. A nossa casa era simples, mas nunca faltava nada. Meu pai faleceu eu era criança, tenho lembranças do homem sério que ele era, mandão, zangado, mas apesar de tudo a gente era uma família unida.[saudades]. Eu estudava em um colégio perto da minha casa, eu sempre fui comportado, na minha, tímido.”. (Paulo)

Na infância as recordações se reportam muito aos pais, aos irmãos e a época de colégio. Percebe-se que apesar das dificuldades enfrentadas nesta fase as recordações são agradáveis, sem agravantes, sem tristezas e sem reclamações. Ressaltamos famílias que conviviam em moradia simples e pequena o que influenciou em relações familiares mais próximas, além de fatos relacionados a dificuldades de estudar, o que na vida futura foi um fator que prejudicou a qualidade de vida. Nesta fase da vida inicia-se as privações seja nas dificuldades financeiras, na continuidade dos estudos, na perda de entes queridos, entre outros. Esses fatos foram marcantes como relataram os entrevistados e demonstraram nos sentimentos transmitidos, pois notou-se saudades desta fase da vida, em especial dos pais.

Conforme Queiroz (1988) o entrevistado é quem decide o que narrar, e foi assim que aconteceu, ambos os entrevistados ficaram livres para relatarem e além das falas expressaram gestos e emoções.

Em relação a fase da adolescência os entrevistados relataram:

“Na minha adolescência, perdi minha mãe. Foi muito triste. Era muito apegado a ela. E foi por isso que comecei a beber. Tinha 16 anos. A bebida também me ajudou a ter coragem para ter minha primeira relação sexual. Apesar de tudo, continuei meus estudos e terminei. Comecei a trabalhar também, fazia bicos, de tudo um pouco. Nesta época meus irmãos ficaram noivos e depois casaram. Ficou eu e meu pai. Tinha meu grupo de amigos e já saía para festas e a bebida cada vez mais foi ganhando espaço na minha rotina. Eu tinha a vontade de morar fora e fui para São Paulo, tentar a vida por lá.”.(João)

“ Foi uma época difícil, minha mãe recebia a pensão do meu pai, era muito pouco, passamos por muitas dificuldades. Minha adolescência foi marcada por conflitos internos meus. Eu não sabia se gostava de homem ou mulher, na verdade acho que reprimi minha homossexualidade e me tornei bissexual. Não tinha ninguém para conversar sobre isso. Eu sentia que no colégio as pessoas falavam de mim, por conta do meu jeito. Nesta época comecei a sair com os poucos amigos que tinha e aos poucos fui fazendo mais amizades. Foi quando comecei a usar bebida alcoólica. Tinha 17 anos. Comecei a gostar da sensação boa que ela causava e cada vez bebia

mais. Lembro que nesta época eu queria muito começar a trabalhar, e assim que fiz 18 anos comecei a trabalhar como auxiliar de serviços gerais” (Paulo)

Nesta fase, destaca-se as descobertas realizadas, as festas, aos namoros e ao início de responsabilidades. Diante destas narrativas podemos ressaltar a adolescência como a fase de experimentações, ambos tiveram suas primeiras experiências com o álcool, podemos destacar também os laços familiares que começam a se distanciar, as dificuldades financeiras, além da sexualidade mencionada em ambos os casos, no primeiro a cultura machista da sociedade de que o homem deve logo iniciar sua vida sexual e no segundo o preconceito sobre o homossexualismo.

Observamos que João e Paulo estão dentro da estatística em que o início do consumo das drogas ocorre na adolescência, que possuem conflitos familiares e tem o álcool como substância de início do consumo.

Na fase adulta, os entrevistados destacaram os seguintes fatos:

“Fui tentar a vida em São Paulo. Iniciei alguns trabalhos, mas não deram certo. Fui balconista, frentista e servente de pedreiro. Comecei a me relacionar com uma moça, que engravidou. Não deu certo minha permanência em São Paulo, fiquei sem trabalho e nesta época já bebia muito. Voltei para Fortaleza e aos poucos fui perdendo contato com a mãe do filho. Não fiz parte do crescimento do meu filho e isso sempre me deixou triste. Somente em 2014 o encontrei, mas fiquei feliz por que ele conseguiu algo na vida, é da Marinha e me deu dois netos. Quando cheguei em Fortaleza, pouco tempo depois meu pai morreu do coração. Me deixou uma casa, que vendi e gastei todo o dinheiro com bebida, perdi tudo. Fui parar nas ruas. Minha família tentou me ajudar. Fui morar uma época com minha prima no Eusébio, mas sair de lá por conta própria, depois minha irmã pagou o aluguel de um apartamentozinho pra mim e também não deu certo, continuei nas ruas. Até que conhece o A.A e comecei a frequentar, lá eu tinha muito apoio e consegui ficar nove anos sem beber. Voltei a morar com minha irmã. Pensava que eu estava bem, mas tive uma recaída, o que gerou conflitos com meu cunhado e sobrinho, eles não me aceitavam. Fui internado três vezes em Hospital Psiquiátrico, mas não adiantou. Voltei para as ruas, até que em 2013 resolvi procurar o CAPS, estava muito mal. Consegui internação e reaproximação da minha irmã, e moro com ela hoje. Passei por muita coisa, fome, frio, fui assaltado, presenciei brigas e morte. Eu bebia para aguentar o frio da noite. Acho que estava escrito que eu iria passar por tudo isso, esse vínculo com a bebida. Tinha que ser assim” (João)

“Comecei a trabalhar para ser independente e ajudar em casa. Iniciei a faculdade de Turismo e curso de francês, mas não consegui terminar nenhum por conta das drogas. Comecei a beber com mais frequência. Conheci minha ex em uma festa. Decidimos morar juntos, mas não deu certo. Tivemos um filho e hoje ela proíbe ele de me ver, por que uso drogas. Sou muito depressivo, já tentei suicídio. Há quatro anos perdi o controle da minha vida, a droga acabou com tudo, o pior é que agora vejo e escuto coisas. Tentei morar só, mas não deu certo. Através de uma amiga da mãe ficamos sabendo do CAPS. Minha mãe foi lá e solicitou ajuda e eu concordei em receber ajuda. Mas é tudo muito difícil, são muitas coisas envolvidas. Estou na luta, hoje em uma comunidade terapêutica, mas tem dias que estou muito mal” (Paulo)

Nesta fase da vida, se enquadra a formação de suas próprias famílias, o nascimento dos filhos, o falecimento de entes, o início do trabalho, conflitos familiares iniciam-se. Notamos a influência de fatores sociais, econômicos, culturais e de saúde na qualidade de vida dos entrevistados. E é nesta fase, também, que o consumo de drogas se torna intenso, e é geralmente neste período que há a procura por tratamentos.

5.2.2 Família: significados e relacionamentos

A família é uma instituição que se encontra sempre em transformação a depender de cada momento histórico, do grupo social a que pertence e de fatores sociais, econômicos e culturais, portanto, ela mutável e assume funções diversas.

No âmbito das famílias aqui estudadas constatamos uma tendência já evidenciada pelas estatísticas, o da diversidade dos tipos de família convivendo na atualidade.

Verificamos também que nas entrevistadas a família se configura como o lugar de refúgio e proteção, conforme relatos abaixo.

João: Família significa muitas coisas boas... Significa paz, fraternidade...

Paulo: Família pra mim é tudo, porque com ela a gente suporta tudo...

Assim, verificamos que apesar do enaltecimento das funções clássicas da família, observa-se em outras falas, que a família também é lugar de conflitos, onde há as fragilizadas nos relacionamentos, tendo em vista lidar com diversas dificuldades como os baixos rendimentos, a falta de emprego, a dependência das drogas, a co-dependência, enfim, que tornam os vínculos familiares muitas vezes enfraquecidos ou rompidos. É o que Iamamoto (1992) define Questão Social para o Serviço Social, um conjunto das expressões das desigualdades sociais, de geração e culturais produzidas pelo modo de produção capitalista.

Foi o que observamos nos relatos sobre as dificuldades apontadas no interior das famílias.

João: Meu sobrinho e meu cunhado me aceitaram, mas com o pé atrás. Antes eles se quer queriam me ver, sentia que minha irmã queria me ajudar mais, mas eles não deixavam. Hoje procuro ganhar a confiança com atitudes Isso é o pior de tudo, você

voltar a ter confiança da sua família. Sem falar que não acompanhei o crescimento do meu filho.

Paulo: Eu e minha mãe discutimos demais. Sei que ela sofre com tudo isso, mas eu não consigo para de usar. Já briguei também com minha tia por querer defender minha mãe. Quando estou sobre efeito causei muito sofrimento para todos. Tudo me deixa triste. Eu não pude ver meu filho é horrível.

Ainda sobre as dificuldades no interior das famílias, ganha destaque nos relatos das entrevistadas a busca pela espiritualidade na superação destas, buscando em Deus a força e esperança que precisam.

João: Com a gente não é 100% não, mas em algumas coisas a gente louva a agradece a Deus, porque pelo que eu já passei posso dizer que tô bem.

Paulo: Peço a Deus que me dá força para conseguir vencer essa batalha.

5.2.3 Drogas: percepções e impactos

Como vimos na revisão de literatura, historicamente, a humanidade sempre procurou por substâncias que produzissem algum tipo de alteração em seu humor, em suas percepções, em suas sensações. Tal consideração permite supor que possivelmente não existirá uma sociedade sem drogas. As drogas sempre fizeram parte da experiência humana e possivelmente sempre farão. Cabe à sociedade produzir respostas para enfrentar os problemas das pessoas que abusam de drogas. Entende-se que o foco do trabalho com drogas está sendo deslocado de um modelo tradicional, baseado no amedrontamento, na repressão, que enfatiza a culpa de quem usa a droga, para um novo modelo voltado para a educação, para a saúde e para o cuidado do ser humano, que valoriza a pessoa, a família e a sua participação na comunidade e que considera também a importância das redes sociais na abordagem da dependência ao álcool e outras drogas. A partir disso, não dá pra falar que o problema das pessoas que abusam de drogas é da família ou da escola ou da pessoa etc., é preciso mudanças que vão desde a terminologia que usamos, até as concepções que temos sobre este assunto. Enfatiza-se assim, que o assunto “drogas” precisa ser considerado de forma coletiva, intersetorial e integrada, pelos diferentes atores sociais envolvidos. A atenção atual às pessoas e às famílias que enfrentam problemas com o uso/abuso de álcool e outras drogas, está baseada na lógica da reforma psiquiátrica, que pressupõe tratamentos ambulatoriais, com modelos de redução de danos, e acima de tudo, garantindo seus direitos, o que só poderá acontecer a partir do momento em que se estructure uma rede de cuidados intersetorial, que trabalhe com a lógica da diminuição dos fatores de risco e ampliação dos fatores de proteção, respeitando a diversidade e complexidade, tanto no que se refere às famílias, quanto à dependência de álcool e outras drogas.

Para Goffman (1988) o estigma corresponde a uma marca social que certos indivíduos carregam por possuírem características diferentes daquelas consideradas com padrões de uma espécie. É daí que nasce atitudes preconceituosas ou de exclusão para com os adictos haja vista estarem fora do padrão considerado como normal. Sobre isso observemos os relatos das entrevistadas sobre o impacto das drogas na vida de uma pessoa:

João: A bebida tirou muita coisa da minha vida. Ela devasta. Quando eu morei na rua, as pessoas tinham medo. Eu nunca roubei e matei, apenas pedia esmolas. As pessoas te veem sujo e embriagado e acho que somos bandidos. A família também te isola.

Paulo: Eu perdi o controle de tudo por conta das drogas. Não consigo mais trabalhar, estudar, nada, nem dormir mais eu consigo. Tive que abandonar trabalhos, por que tinha vergonha de dizer que era dependente, pois quando ficam sabendo, já começa a nos olhar diferente, com medo, desconfiança.

Sobre a maneira que reconheceram que tinham uma doença e sobre as dificuldades de dar início ao tratamento, tivemos as seguintes respostas:

João: Pensava: Meu Deus aonde foi que eu errei? O que fiz da minha vida? Mas isso eu já tinha 30 anos. Iniciei e parei vários tratamentos e deixei de receber ajuda por que não tinha esta consciência. É sempre difícil iniciar um tratamento que requer muito de você e ao mesmo tempo você não tem condições de cumprir.

Paulo: No começo eu escondia de todo mundo, mas chegou a um ponto que minha mãe descobriu e viu que eu precisava de ajuda. Ela insistiu muito, mas eu não queria dá o braço a torcer. Somente depois de quatro anos, quando eu estava muito mal, minha mãe foi ao CAPS e uma Assistente Social foi me visitar para me convencer a iniciar o tratamento. Foi aí que resolvi me tratar.

5.2.4 Sociabilidade e acesso a bens e serviços

Em relação à questão da sociabilidade verificamos que muitas vezes o contato do adicto limita-se aos membros da família mais próximos ou, quando há contato com outras pessoas este ocorre de forma esporádica, e geralmente são com “amigos” para fazerem uso de álcool e outras drogas.

Além disso, o estigma da dependência acarreta sentimentos como medo e preconceito, afastando muitas vezes essas pessoas do convívio social e comunitário. Associado a isso temos as dificuldades impostas a essas famílias, seja por uma questão financeira, seja pela falta ou insuficiência de apoio por parte da rede pública, seja pelo grau de instrução, ou por outros motivos.

Temos então que a forma como cada um se relaciona com os familiares ou terceiros varia de acordo com os vínculos estabelecidos e com grau da dependência.

Pudemos observar que nos dois casos há um comprometimento significativo quando a questão da sociabilidade, ambos tentando restaurar esses laços e autonomia de suas vidas.

Muitas vezes as pessoas com dependência em álcool e outras drogas ficam confinadas em casa, limitando-se somente as idas ao médico, sem acesso a lazer ou diversão e com prejuízo sobre os relacionamentos interpessoais, como constatamos a seguir:

João: Praticamente só me relaciono com minha irmã. Mesmo morando na mesma casa, falo pouco com meu cunhado e sobrinho. Atualmente como estou trabalhando estou até tendo contato com pessoas, mas não é amizade, é só para tentar vender. Criei apego com alguns profissionais que quando preciso procuro no CAPS. Tive um contato com meu filho, mas ele nunca mais deu notícias, acho que não gostou. Não saio de casa não, mas estou pensando em voltar para o A.A. Gosto de ler. Sou muito comunicativo, gosto de conversar com as pessoas.

Paulo: Até a bem pouco tempo eu estava saindo muito para festas com amigos. Mas eram amizades que não estavam me fazendo bem. Aí passava a maior parte do tempo no quarto, sem fazer nada. Ficava muito ansioso e deprimido e saio para usar drogas. Agora na Comunidade Terapêutica tem algumas atividades que participo. O contato que tenho é só com minha mãe e tia.

Pudemos verificar, portanto, que apesar das dificuldades impostas pela dependência das drogas, a forma como cada um lidou/lida com essa questão é diferente e influência sobre as suas sociabilidades.

João é beneficiário do Programa Bolsa Família, foi acompanhado pelo CENTROPOP, passou por albergues, CREAS, Posto de Saúde e Hospitais. Hoje somente frequenta o CAPS AD. Já Paulo, até chegar ao CAPS, não era inserido em nenhum programa ou projeto do Governo e nem recebia acompanhamento de saúde.

Constatamos que o acesso a bens e serviços ocorre de forma precária ou mesmo inexistente, limitando-se na maioria das vezes as consultas médicas apenas. Sobre as considerações apontadas pelos entrevistados em relação a serviços, programas e políticas públicas existem as seguintes necessidades:

João: Queria participar de programa para conseguir um emprego e de ter minha casa. O que eu gostaria que acontecesse pra ele era assim uma fisioterapia, eu acredito que fosse uma coisa boa, que até ele poderia melhorar e andar, né? O acesso da cadeira de rodas aqui na rua (falta de acessibilidade), transporte para o deslocamento de graça, já facilitava também.

Paulo: Eu queria um lugar para ficar vários meses internado, com atividades e acompanhamento. No CAPS ficamos poucos dias.

Constatamos assim, que as famílias ao assumem a principal responsabilidade pelo bem-estar dos seus membros, ficam desamparadas por parte da rede pública, e isso influencia na forma como cada família assume essa responsabilidade. Uma responsabilidade que lhe foi dada sem, contudo, ofertar-lhe as condições necessárias para desempenhar esse papel, fragilizando-as nas suas funções de proteção e acolhimento.

Por fim, pudemos verificar que a dependência é multifatorial e é vivenciada de forma diferenciada. Devemos, então, olhar para a questão da dependência das drogas como um problema político, social e de saúde e não mais como problema individual.

5.2.5 CAPS AD e seus significados

Como vimos em capítulos anteriores, historicamente os serviços oferecidos na área de álcool e drogas têm características asilares e propõem a abstinência como uma condição para o tratamento. A Reforma Psiquiátrica que no Brasil foi um processo que teve início com o Movimento da Reforma Sanitária e para Amarante (1990) esse processo indica algo em permanente movimento, que não tem um fim pré-determinado, nem um objetivo último ou ótimo. Aponta para a constante inovação de atores, conceitos e princípios que marcam a evolução da história.

Os Centros de Atenção Psicossocial para tratamento de pessoas dependentes de álcool e outras drogas ou os CAPS ad fazem, parte da rede de serviços de saúde mental do SUS, tendo como horizonte os princípios da Reforma Psiquiátrica. A proposta do CAPS ad tem como base a atenção psicossocial e deve levar em conta a singularidade do sujeito em suas particularidades e isso inclui a sua vulnerabilidade psicológica, ou seja, a sua capacidade de lidar com as situações e fatores estressantes na vida.

A redução de danos (RD) foi adotada como estratégia de saúde pública,

inicialmente como uma estratégia de prevenção ao HIV entre usuários de drogas injetáveis, mas ao longo dos anos se tornando uma estratégia de produção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população de usuários de drogas. A abordagem de redução de danos contribui com ‘um novo olhar’ sobre a prática de saúde, atentando para a consideração e valorização da independência dos sujeitos, sua cultura e suas práticas.

O CAPS ad tem como proposta uma clínica embasada no compromisso ético e político dos princípios da Reforma Psiquiátrica e no acolhimento proposto pela Redução de Danos em defesa da liberdade e vida do usuário (Brasil, 2003). Isso coloca grandes desafios aos profissionais destes serviços, na construção de estratégias terapêuticas capazes de conciliar a singularidade dos usuários e o impacto coletivo das intervenções.

Sobre o CAPS AD SR II, os entrevistados relataram:

“Eu já tinha ido em outros CAPS, mas neste aqui que consegui me tratar. Eu gosto daqui, me sinto bem. Em 2013 fiquei internado 28 dias e deste então estou sem beber. Quando estava internado participava de tudo, tomava de conta da horta também. Quando voltei para casa, frequentava todos os dias. O problema daqui é que não tem cursos profissionalizantes, não tem oferta de trabalho, as vezes não tinha vale transporte os profissionais que eu gostava saíram todos, eu fiz até um abaixo assinado par eles ficarem. As vezes até os lanches eram horríveis por falta do que fazer. Tive muito progresso aqui, participava de todos os grupos, de manhã e de tarde, das assembleias, do conselho e do bloco de carnaval “doido é tu”, depois de tantos vezes ter passado o carnaval embriagado. Recebo minhas medicações, mas as vezes falta. Dei várias ideias para funcionar oficinas aqui, mas nunca acontece. Muita coisa precisa melhorar. Até a horta tá feia. Hoje estou trabalhando como vendedor e não frequento mais direto, venho só para o psicólogo e psiquiatra”. (João)

“Fui bem acolhido no CAPS. Foram me visitar quando eu não estava bem. Estive internado já três vezes aqui. No começo eu até participava de todos os grupos, mas fui vendo que alguns não tinha nada haver comigo e na internação ficamos muito sem ter o que fazer. Muitas vezes eu vinha quando estava muito mal, minha mãe sempre recorre ao CAPS nesses momentos. Passo de dois meses sem vim, aí fico sem medicação e falto as consultas e grupos. Estou agora em uma comunidade terapêutica e pretendo ficar um bom tempo”.(Paulo)

Podemos destacar nestes depoimentos a importância que o CAPS AD tem na vida desses pacientes, se mostrando como um serviço que contribui para a melhoria da qualidade de vida destes, mas que deve ser mais valorizado, ou seja, não pode ocorrer de maneira pontual. Alguns grupos, até a realização da presente pesquisa, encontravam-se suspensos por falta de profissionais e pela uma reestruturação do serviço. Desta forma podemos destacar as seguintes problemáticas no trabalho social do CAPS AD SR II: a desvalorização do

profissional e precarização do trabalho, resultando no rodízio de profissionais, baixos salários. Outro fator que contribui para isso é a ausência de concursos públicos e as condições precárias de trabalho e especificamente nestes casos prejudica o andamento do grupo tendo em vista a questão do vínculo que os pacientes criam com os profissionais.

A política pública de saúde mental deve se expandir para além da instituição, o acompanhamento familiar é fundamental. Desvendar os elementos da vida para atuar diretamente na situação de vulnerabilidade. Esse estudo é significativo nesta dimensão, estes pacientes estão extremamente fragilizados e precisam de acompanhamento profissional para se sentirem sujeitos de suas vidas e capazes de melhorar suas qualidade de vida.

Nesses casos, infelizmente, o CAPS AD não foi garantia de acesso a outras políticas públicas. Portanto, não houve uma inserção em programas ou projetos, evidenciando que não há uma articulação entre as políticas públicas, como preconiza as diretrizes da Política Nacional de Saúde.

Por fim entendemos que o CAPS AD para que cumpra com seus objetivos relacionados a saúde como clínica ampliada deveria ser vinculado a um conjunto de serviços, programas e projetos que permitisse uma maior equidade e uma sociedade mais igualitária possível, o que exige repensar nossas práticas e estratégias terapêuticas intra e inter institucionais na construção de vínculos com os outros serviços assistenciais da rede.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção do Sistema Único de Saúde enfrenta, como um dos principais desafios, possibilitar, através de formulação e implementação de políticas e estratégias de mudança na gestão e atenção, a organização e o financiamento do sistema, no sentido de que se consolide o processo de mudança do modelo assistencial.

A Reforma Psiquiátrica ressaltou a necessidade de resgate dos direitos de cidadania para as pessoas em sofrimento psíquico, tendo início em 1980. Fortaleceu-se no decorrer da história de democratização brasileira e no conseqüente contexto gerado por esse processo a Reforma Sanitária. Esse movimento percebia a importância de se modificar o modelo de saúde característico da época, centrado na hospitalização, por uma nova maneira de prestar assistência em saúde mental. Dessa forma, procurando perceber o indivíduo em seu aspecto integral, contemplando seu contexto biopsicossocial.

A Reforma Psiquiátrica iniciou-se como movimento social e tornou-se a política oficial de saúde mental no país. Dentro desse contexto está inserida a dependência de substâncias psicoativas, que é uma questão de saúde pública. Percebemos que há dificuldades na mudança do modelo assistencial ligadas no cotidiano dos serviços, de gestão e de formação.

É no plano das práticas dos sujeitos e das instituições que a efetivação do SUS esbarra. Na dimensão micropolítica do trabalho da saúde está, portanto, um grande desafio: a criação, a inovação e o predomínio de força e lógicas implicadas efetivamente com o SUS.

Nesse contexto, partindo do entendimento de que uma produção científica agrega valor na medida em que parte de situações vividas no cotidiano dos serviços de saúde, em busca de possíveis respostas aos inúmeros questionamentos que nos desafiam, como trabalhadores de saúde, e da responsabilidade de devolver ao conjunto dos sujeitos envolvidos o resultado da investigação em questão, foi que emergiu o tema deste estudo. Tendo o propósito de compreender como se organiza o trabalho, optou-se pelo estudo de caso, por se tratar de uma investigação detalhada de um serviço, com vistas a prover uma análise do contexto e dos processos onde ele se encontra inserido.

O método escolhido para esta pesquisa não foi só com intenção de dar respostas, mas de levantar muitos outros questionamentos que na prática afetam a vida das pessoas, surgindo reflexões e proposições que emergem desse espaço.

Essas afetações podem ser entendidas como um dos efeitos gerados pela mudança de posição dos sujeitos pesquisados e, principalmente, da pesquisadora, como sujeito implicado nesse processo; o que, por um lado, dificultou a análise dos dados, levando a pesquisadora à negação do que estava sendo encontrado. Este outro olhar “por dentro” desse espaço, inicialmente idealizado, mexeu não só com a pesquisadora, por provocar uma autoanálise de sua participação no processo de construção desse serviço. Ele também possibilitou evidenciar, durante a coleta de dados, os movimentos reflexivos acerca da importância daquele momento para “revisão” do processo de trabalho dos trabalhadores; do papel como trabalhador em saúde no contexto do SUS; do protagonismo dos diferentes atores, em nível local, que participavam desse espaço no contexto da Reforma Psiquiátrica.

A opção por desenvolver este estudo deu-se principalmente pela possibilidade da produção de um conhecimento com sentimento e vontade, motivado por afetos. Nesse sentido, este estudo se propôs a abrir, tramar, desdobrar e mobilizar as inquietudes de um fazer em saúde, na construção de uma política pública, na perspectiva de consolidação da Reforma Psiquiátrica, no microespaço, do Município de Fortaleza-CE.

É possível, a partir da análise dos achados empíricos deste estudo, que esses aspectos possam ser compreendidos pela pouca valorização dos gestores municipais com relação à política de saúde mental; pela falta de investimento do poder público na área; pelo desconhecimento dos trabalhadores de saúde que atuam na Rede de Atenção à Saúde do município quanto aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, ou seja, a organização da rede de serviços.

Diante desse contexto, essas práticas parecem incidir no sentido de esgotar o SUS de sua potência ética de defesa da vida, e torná-lo apenas um conjunto de normas e procedimentos operacionais que precisam ser seguidos.

Considerando a complexidade da área de saúde mental para intervir no sofrimento, e principalmente na dependência de substâncias psicoativas, pensando na concretização da Reforma Psiquiátrica, onde é constante a busca da reconstrução do sujeito, constatamos que há possibilidades de combinações para desenhos de novos trajetos, atos de inventar, de experimentar, invenção de saídas, a combinação de diferenças que produzam o novo.

Observou-se que, para atuar no campo da dependência de substâncias psicoativas, apesar de todas as leis e portarias, o agir se efetivará a partir dos encontros cotidianos, das relações, nos “entres”, nos serviços e nos espaços interseções.

Através do perfil socioeconômico e de saúde dos pacientes, bem como das histórias de vida, esta pesquisa tornar-se um instrumental valioso para os profissionais e gestores do CAPS AD SR II, à medida que traz centralidade às demandas advindas dos atendimentos e intervenções realizadas, podendo sinalizar novas frentes de trabalho e novos projetos profissionais. É possível entender que para a compreensão do fenômeno da dependência ao álcool e outras drogas e a repercussão desta problemática, faz-se necessário considerar os diferentes determinantes e desafios ainda postos na contemporaneidade, com vistas à ampliação dos nossos horizontes em relação a esta temática, em outras palavras, precisa-se abordar as drogas como uma categoria transversal presente em vários contextos da vida cotidiana e que se apresenta com múltiplas facetas.

Constata-se, assim, que produção de saúde implica em produção social, política, técnica e subjetiva; ela está na dependência da ação dos sujeitos, na micropolítica que opera nesse espaço. E isso é possível a partir do encontro, do criar, do experimentar da vida no cotidiano do trabalho, em processos que afetem e se deixem afetar no seu modo de ser, pensar e agir sobre a realidade.

Não podemos deixar de reconhecer a importância do CAPS AD SR II, como verificada nessa pesquisa através dos relatos das entrevistas, causando impactos positivos sobre a redução de danos dos que lá realizam tratamento. Contudo, sua importância limita-se ao atendimento imediato e na maioria das vezes não vem conseguindo promover um tratamento efetivo em todos seus aspectos. Isso por que o CAPS AD, ou melhor, a Política de

Saúde Mental, vem caminhando de forma desarticulada das demais políticas públicas e seus respectivos programas e projetos que deveriam atender este público.

Há, portanto, conforme constatamos, uma insuficiência de uma rede de serviços, por ser submetido a propostas restritivas impostas pelo projeto neoliberal comprometendo assim a garantia e universalização da cobertura das políticas conforme preconizado na Constituição Federal de 1988 e o SUS.

A dependência de substâncias psicoativas foi colocada em evidência nessa pesquisa e apesar das lutas empreendidas pelos segmentos no reconhecimento de seus direitos, ainda há a prevalência da discriminação e estigmatização das pessoas e famílias que convivem com esta realidade.

O presente trabalho permitiu ainda desvendar o cotidiano, as dificuldades e as representações de quem é adicto, mostrando, por um lado, a fragilidade ou a falta do apoio estatal e de suas famílias e, por outro lado, o potencial de proteção fornecido por estes em alguns aspectos.

Por fim, entendemos que se torna urgente uma maior intervenção estatal no âmbito da Política de Saúde Mental, colocando os adictos e suas famílias no centro dos programas, projetos e serviços, olhando-os não como coitadinhos ou como vilões, mas sim reconhecendo-os como sujeitos de direitos, respeitando sua dignidade e fortalecendo sua condição de cidadão.

É neste cenário que nos encontramos, uma sociedade sendo sucumbida pelo poder devastador das drogas. Isso posto, espera-se que este estudo impulse a busca de novas tecnologias na gestão em saúde, e contribua na proliferação de novos saberes em saúde mental, na medida em que deixa à mostra várias reflexões que ainda podem ser puxadas do emaranhado de informações que produziu.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, R.C.F. **Qualidade de vida e Formas de vida ameaçadas: A saúde e o cenário contemporâneo**. São Paulo, 1997. Trabalho de Conclusão de Curso.
- ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad.Saúde Pública**.2009.
- AMARANTE, P. D. de C. **Asilos, alienados e alienistas: pequena história de psiquiatria no Brasil**. In AMARANTE, P. D. de C. (org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- _____. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- _____. **O homem e a serpente; outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- _____. **Manicômio e loucura no final do século e do milênio**. In FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (orgs.). *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999.
- Aos Treze. Direção: Catherine Hardwicke. Intérpretes: Evan Rachel; Nikki Reed; Holly Hunter. Inglaterra, 2003.
- ARENDT, Hannah. **Condição humana**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.
- BAPTISTA, Arnaldo; LEE, Rita; LIMA, Arnolpho. Vamos tratar da saúde. Intérprete: Rita Lee. In: **Hoje é o primeiro dia do resto de sua vida**. Universal Music, 2007.
- BARBOSA, Arnaldo Parente Leite. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UECE, 2001.
- BARNES, Mary e BERKE, Joseph. (1983). **Viagem Através da Loucura**. Rio de Janeiro, Francisco Alves.
- BASAGLIA, F. et al. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BELMONTE, P. R. **Temas de saúde mental: textos básicos do Curso Básico de Acompanhamento Domiciliar**. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz; 1998.
- Bicho de 7 Cabeças. Direção: Laís Bodanzky. Intérpretes: Othon Bastos; Rodrigo Santoro. São Paulo, 2000.
- BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Rocca; 2004.
- BRASIL. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Manual de redução de danos**. Saúde e

Cidadania. Série Manuais n° 49. Brasília:Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas**. Série B. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. São Paulo, 2006.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **Política Nacional sobre Drogas**. 2005.

CAMPOS, G. W. de S. **Modelos de atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde**. In: Saúde em Debate, 1992.

CARNEIRO, H. **A fabricação do vício**. Anais do XIII Encontro Regional de História-Anpuh-MG, LPH-Revista de História, Departamento de História/ICHS/UFOP, Mariana-MG, n° 12, 2002, pp. 9-24.

_____. **Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas: história e curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

_____. VENÂNCIO, R.P. **Álcool e drogas na história do Brasil**. Belo Horizonte, PUCMinas, 2005.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis:Vozes, 1998.

_____. **A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro, Campus, 1980.

COUTINHO, C. N. **Pluralismo: dimensões teóricas e políticas**. Cadernos ABESS, n/ 4. São Paulo. Cortez, 1991.

Crianças Invisíveis. Direção: Kátia Lund. Intérpretes: Adam Bila; Elysee Rounamba; David Thewlis. França, 2005.

Diário de um adolescente. Direção: Scott Kalvert. Intérprete: Leonardo DiCaprio. Nova York, 1995.

DRATCU, Luiz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Manual de psiquiatria**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1996.

ESPINHEIRA, C. G. A., **Os tempos e os espaços das drogas. Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas**. União Européia e Governo do Brasil: ACODESS. P. 11-18. 2002.

Eu, Christiane F. Direção: Kátia Lund. Intérpretes: Natja Brunckhort; Thomas Haustein. Berlin, 1981.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social no estado capitalista: as funções da previdência e assistência.** São Paulo: Cortez, 1980.

FERREIRA, Iraydes. **Reabilitação profissional e Serviço Social.** São Paulo, Cortez.

FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. **Cocaína: lendas, história e abuso.** Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo. 2001.

IORE, M. **Controvérsias médicas e a questão do uso de drogas.** Dissertação apresentada ao mestrado em Antropologia Social, USP, São Paulo, 2004.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1999.

_____. **A microfísica do poder.** Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

_____. **Os anormais** (curso no College de France). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

GABBAY, R. **O Serviço Social face ao diagnóstico global – COI.** Rio de Janeiro, Escola de Serviço Social da UFRJ, 1969. Trabalho de Conclusão de Curso.

GRAMSCI, Antonio. **Cadernos do cárcere.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001. Caderno 3, v. 4.

GRACIANI, M. S. S. **Pedagogia Social de Rua.** 5ª Edição: Cortez, São Paulo, 2005.

GOFFMAN, Irving. **Estigma: notas sobre a identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOLDBERG, J. **Reabilitação como processo: o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).** In PITTA, A. (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo. Hucitec, 1996.

GONÇALVES, L. M. S. R. **Saúde mental e trabalho social.** São Paulo: Cortez, 1983.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna.** São Paulo: Loyola, 1993.

IBGE. **Censo Demográfico 2010.** Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> >. Acesso em: 31 maio 2013.

INSTITUTO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E RECURSOS HUMANOS – IMPARH. **Relatório de pesquisa censitária dos moradores de rua na cidade de Fortaleza.** Fortaleza, 2000.

JANTSCH, E. **Vers interdisciplinarite et al transdisciplinarite dans enseignement et innovation,** in OCDE, Interdisciplinarite, Paris, 1972.

LABATE, B. C.; GOULART, S. L.; FIORE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, H. (org) **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Edufba: Salvador. 2008.

LABROUSSE, A. **Geopolítica das drogas**. São Paulo: Desatino. 2010.

LOPES, I. C. **Higiene Mental**. Rio de Janeiro, Irmãos Pongetti, 1960.

MARQUES, A. C. P. & RIBEIRO, M. **Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde**. São Paulo: Secretaria de Participação e Parceria, 2006.

MARSIGLIA, R. G. et al. **Saúde mental e cidadania**. 2ªed. São Paulo: Mandacaru, s.d.

_____. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.
Meu nome não é Johnny. Direção: Mauro Lima. Intérpretes: Selton Mello; Cleo Pires; Julia Lemetz. Rio de Janeiro, 2007.

MINAYO, M. C. De S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Secretaria de Avaliação e Gestão da informação. **Pesquisa nacional sobre população em situação de rua: sumário executivo**. Brasília, 2008.

_____. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**. Brasília, 2004.

_____. SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**. Brasília, 2008.

MISSE, M. **Sobre a construção social do crime no Brasil: Esboços de uma interpretação**, 2003.

MUSUMECI, B. **O consumo de álcool no país. Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

NIEL, M.; SILVEIRA, D. X. D. **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. Programa de Orientação e atendimento a dependentes (PROAD). Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo: Ministério da Saúde, 2008.

Ônibus 174. Direção: José Padilha. Intérpretes: Luiz Eduardo Soares, Rodrigo Pimentel. Rio de Janeiro, 2002

PAIS, J. M. **Nos Rastros da Solidão**. 1ª Edição: Porto, Âmbar, 2006.

PEREIRA, I. C. G. **Do ajustamento à intervenção da cidadania: serviço social, saúde mental e intervenção na família no Brasil**. In VASCONCELOS, E. M. (org) et al. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

PEREIRA, Potyara Amazoneida. **Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** São Paulo: Cortez, 2011.

PEREIRA, R. C. **Lugar de louco é no hospício? Um estudo sobre as representações sócias em torno da loucura no contexto da reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz, 1997. Dissertação de mestrado.

PITTA, A. **Reabilitação psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Os CAPS: espaços de reabilitação.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1994. V. 43. n 12, p. 647-654.

PONTES, C. B. **Psiquiatria: conceitos e práticas.** 2ª ed. São Paulo: Lemos editorial, 1998.

PRADO, D. **O que é família.** São Paulo. Brasiliense, 1980.

Ray. Direção: Taylor Hackford. Intérpretes: Jamie Foxx; Kerry Washington; Regina King. Estados Unidos, 2004.

REGHELIN, E. M. **Redução de danos: prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas injetáveis.** São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

Réquiem para um sonho. Direção: Darren Aronofsky. Intérpretes: Ellen Burstyn; Jared Leto; Jennifer Connelly. Estados Unidos, 2000.

REZENDE, B. **Cocaína, literatura e outros companheiros de ilusão.** Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.

RIBEIRO, Herval Pina. **O hospital: história e crise.** São Paulo: Cortez, 1993.

RIBEIRO, M. M.; ARAÚJO, M. R. **Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica.** Panorama atual das drogas e dependências. São Paulo: Atheneu, 2006.

RIVIÈRE, Pichon E. **O Processo Grupal.** São Paulo: Martins Fontes, 1998.

RODRIGUES, S. C. **A Assistência à Saúde de Pessoas Usuárias de Álcool e outras drogas na Atenção Primária.** Monografia. Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Fortaleza: 2009.

ROSA, L. C. dos S. **As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental.** . In VASCONCELOS, E. M. (org) et al. *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.* São Paulo: Cortez, 2000

SAMPAIO, J. J. C. **Epidemiologia da imprecisão: processo saúde-doença mental como objeto da epidemiologia.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SAMPAIO, J. J. C.; BARROSO, C. M. C. **Manual de organização dos Centros de Atenção Psicossocial.** 19

_____. **Produção cinetífica: manual de organização dos Centros de Atenção Psicossocial.** Quixadá, 2002.

SANTANA, E. W.; SENA, J.M. F. **Drogas: eixos de abordagens: Pacto pela Vida.** Fortaleza: INESP, 2010.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.** Rio de Janeiro: IFB, 1999.

SARTI, Cynthia Anderson. **A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres.** São Paulo: Cortez, 2003.

SENAD. Secretaria Nacional Antidrogas. **SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção Social e Acompanhamento.** Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

TANAKA, A. **Trabalhando com prevenção na comunidade ou na instituição.** In: Formação de multiplicadores de informações preventivas sobre drogas. Florianópolis, 2002.

VASCONCELOS, E. M. **O Movimento de Higiene Mental e a emergência do Serviço Social no Brasil.** In VASCONCELOS, E. M. (org) et al. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

VOLPI, M. **Adolescência como Oportunidade.** Revista Saber Viver, 2004.

WACQUANT, L. **As prisões da miséria.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

APENDICE

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Pesquisa: IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

1.1 Nome:

1.2 Idade:

1.3 Local de nascimento:

1.4 Escolaridade:

1.5 Sexo:

1.6 Bairro:

1.7 Estuda? Trabalha?

1.8 Estado Civil

1.9 Religião:

1.10 Reside com quem?

1.11 Mora em casa própria, alugada ou cedida?

1.12. História de vida: Falar da infância, Adolescência e Vida adulta. Saber se já trabalhou alguma vez? Se constituiu família? Se teve relacionamentos amorosos? Casou ou juntou-se? Se teve filhos? Lugares que morou, estudou, trabalhou?

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Membros	Parentesco	Idade	Estado civil	Grau de Instrução	Ocupação	Renda

CONDIÇÕES DE MORADIA

2.1 Situação habitacional (se própria, cedida, alugada, irregular; nº de cômodos, se de alvenaria, taipa, quanto tempo de moradia neste lugar)

2.2 Acesso aos serviços de abastecimento de água, eletricidade, coleta de lixo, saneamento básico?

2.3 Localização da moradia: Bairro? local de difícil acesso?

2.4 O que há no lugar em termos de infraestrutura:

Comércio () Sim () Não comentários:

Industria () Sim () Não comentários:

Escola () Sim () Não comentários:

Transporte público () Sim () Não comentários:

Serviços de Saúde: UBS () PSF () Hospital ()

Espaços de Lazer/diversão:

FAMÍLIA

3.1 Como você percebe sua família?

3.2 Como é o relacionamento dos membros da família com você?

3.3 Como é o relacionamento entre os outros membros da família?

3.4 Você identifica problemas na sua família? Em caso positivo, quais são?

3.5 Que atividade (quais atividades) você exerce na sua família? Como é o seu dia-a-dia? Como é a rotina da família?

DROGAS (SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS)

4.1 O que você entende por drogas?

4.2 Quando e como iniciou o uso de drogas?

4.3 Quem percebeu a dependência (algum membro da família ou outra pessoa como amigos, professores, médico...)? Recebeu alguma orientação após o início do uso?

4.4 Ainda faz uso? Se sim, como ocorre o uso (em que momentos sente vontade, qual substância, com que frequência)?

4.5 Após a família saber da dependência, a rotina na família mudou? Se Em caso positivo, em que aspectos? Você acha que sua família influenciou para que se tornasse um dependente?

4.6 Para você, quais os impactos sociais de uma pessoa dependente de substâncias psicoativas?

4.7 Acha que o uso de drogas interferiu/interfere em sua vida?

4.8 Quantas vezes já tentou tratamento?

4.9 Acha que algum tratamento já “deu certo” de acordo com o que esperava (Redução de danos, abstinência, etc)?

4.10 Relate sobre o último tratamento.

4.11 Tem alguma atividade que fazia ou gostaria de fazer e não é possível em função do uso de drogas? (Se interrompeu algum projeto de vida, deixou de trabalhar ou estudar, ou o que tem vontade de fazer e nunca fez porque a situação não permite)

4.12 Você precisa de orientação e apoio para realizar tratamento? De Onde? De Quem? (Pode ser ajuda financeira, de cuidados diários, de orientação, de um ombro amigo, institucional...)

4.13 Formas de obtenção de dinheiro: de onde provém o dinheiro para consumo?(trabalhos, esmolas, prostituição, furtos/roubos, etc);

4.14 Motivação subjacente ao consumo: motivos que levaram ao consumo (vontade/curiosidade, hábitos sociais, perdas, influência/pressão de amigos, etc);

SOCIABILIDADE E ACESSO A BENS E SERVIÇOS

5.1 Você possui contato com outras pessoas, além dos familiares? Com que frequência se dá esse contato? É uma pessoa sociável? Como é seu lado afetivo?

5.2 Como você relaciona-se com sua comunidade? Há preconceitos? Por parte de quem? (família, vizinhos, amigos, unidade de saúde, escolas, outras instituições)

5.3 Como você percebe a autonomia e liberdade da pessoa dependente de drogas? Considerar a condição de ter vida independente.

5.4 Tem acesso a lazer, diversão, serviços educacionais, de saúde, entre outros.

5.5 Recebe algum benefício social ou está inserido em algum programa social do Governo? Quais?

5.6 Na sua opinião, o que você gostaria que ocorresse, mas ainda não ocorre no sistema único de saúde?

SOBRE O CAPS AD

6.1 Você sabe o que é o CAPS AD?

6.2 Como você tomou conhecimento sobre esse serviço? (o processo de início de tratamento foi fácil ou difícil?)

- 6.3** Já havia tentado outras vezes antes de conseguir? Se sim, porque havia sido negado antes?
- 6.4** O que o CAPS AD representa para você e sua família, na sua opinião?
- 6.5** Como era a vida antes e depois de iniciar o tratamento no CAPS AD. Algo mudou? Em caso positivo, a mudança ocorreu em que sentido?
- 6.6** Na sua opinião, qual a importância do CAPS AD?
- 6.7** Como você acha que o CAPS AD “ajuda” aos dependentes de drogas?
- 6.8** O que atrapalha o tratamento e dentro e fora do CAPS AD?
- 6.9** Qual a modalidade de atendimento que você realiza no CAPS AD? Não intensiva (1 a 2 atendimentos), semi-intensiva (3 a 11 atendimentos) e Intensiva (12 a 21 atendimentos)
- 6.10** É atendido por outros serviços de saúde ou por outras políticas públicas (assistência social, trabalho, esporte, etc)?
- 6.11** Quais grupos ou atendimentos individuais que participa atualmente no CAOS AD?
- 6.12** Relate, em sua opinião, os pontos positivos e negativos do tratamento ofertado no CAPS AD?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA: POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SUA EFETIVIDADE: UM ESTUDO DE CASO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOLE OUTRAS DROGAS – CAPS AD DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CE.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Alini Pontes Cavalcante

Prezado Colaborador,

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa cujos objetivos são:

OBJETIVO GERAL

Investigar a efetividade da Política de Saúde Mental no município de Fortaleza-CE, através dos limites e possibilidades ofertados no tratamento realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD/SER II.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar os adictos atendidos no CAPS AD – SER II de acordo com as variáveis sociodemográficas e substâncias utilizadas;
- Observar o processo de atendimento aos usuários no CAPS AD – SER II;
- Pesquisar os limites e possibilidades do CAPS AD na efetivação da Política de Saúde Mental;
- Verificar qual a percepção do usuário em relação ao tratamento realizado no CAPS AD.

Lembramos que a sua participação é voluntária. Você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado a entrevista sem nenhum prejuízo para você. Os dados retornarão para o local da pesquisa e poderão contribuir para a melhoria dos serviços prestados à população. O risco em participar dessa pesquisa é mínimo, pois são perguntas amplas sobre o seu dia a dia e sobre o tratamento que realiza no CAPS AD. Entretanto, é importante esclarecer que, se em qualquer momento, sentir desconforto psicológico e não desejar responder a alguma pergunta sinta-se à vontade. Todas as informações que você nos fornecer através do formulário serão utilizadas somente nesta pesquisa. Suas respostas e seus dados pessoais ficarão em sigilo e seu nome não aparecerá nos formulários nem quando os resultados forem apresentados. Se tiver alguma dúvida a respeito

da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode entrar em contato a qualquer momento com o pesquisador responsável pelo telefone: (85) – 99640-4031 e/ ou no endereço: Av. Santos Dumont, 6400, Bairro Papicu, Fortaleza-CE.

Se você estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue,

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelo pesquisador, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza - Ce, ____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE C - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o(a) Sr.(a) (NOME COMPLETO, CARGO, FUNÇÃO), depositário(a) dos documentos consubstanciados no(a)(s) BASE DE DADOS, FICHAS E PRONTUÁRIOS da instituição Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD/SER II, situada à Av. Duque de Caxias, 1880 – Centro – Fortaleza - CE, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa “POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E SUA EFETIVIDADE: UM ESTUDO DE CASO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS DA SECRETARIA REGIONAL II DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CE.”, que tem como objetivo investigar a efetividade da Política de Saúde Mental no município de Fortaleza-CE, através dos limites e possibilidades ofertados no tratamento realizado no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS AD/SER II, vem na melhor forma de direito, AUTORIZAR a coleta de dados para instrumentalização do protocolo de pesquisa, ficando este responsável solidariamente, pela guarda e custódia dos dados e informações que recebidas do depositário, resguardando os direitos assegurados pela resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em especial:

- 1 Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
- 2 Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fica claro que o fiel depositário pode, a qualquer momento, retirar a sua AUTORIZAÇÃO e está ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

ANEXOS



Governo do Estado do Ceará
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa - ProPGPq
Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas-MPPPP



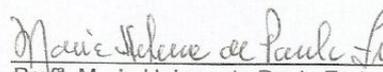
OF.

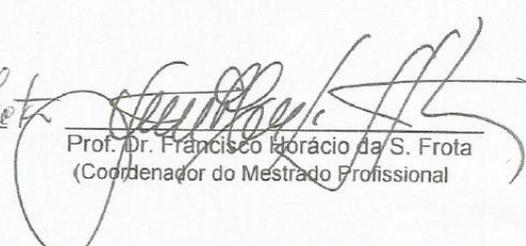
À Coordenadora da COGETS - Coordenadoria De Gestão do Trabalho e Educação Na Saúde
 À Sr^a. Sra. Ivanília Timbó

Vimos através deste encaminhar, em anexo, o projeto de tese da aluna/pesquisadora **Alini Pontes Cavalcante**, regularmente matriculada no Mestrado Profissional em Planejamento e Políticas Públicas - MPPPP da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Solicitamos a V.S^a. a análise do mesmo para que a referida aluna seja autorizada a efetuar as observações necessárias ao andamento da Pesquisa **A Política de Saúde Mental no Município de Fortaleza-Ce: um estudo dos limites e possibilidades de atuação do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas – CAPS/AD**. Para o efetivo desenvolvimento e conclusão de sua pesquisa de campo, é de fundamental importância o acesso da aluna/pesquisadora aos dados e informações documentais sob o controle dessa coordenadoria, razão pela qual solicitamos-lhe sua valiosa contribuição.

Antecipadamente agradecemos.

Fortaleza, 04 de agosto de 2015


 Prof^a. Maria Helena de Paula Frota
 (Orientadora)
 em Planejamento e Políticas Públicas)


 Prof. Dr. Francisco Horácio da S. Frota
 (Coordenador do Mestrado Profissional)



**PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

DECLARAÇÃO

Número do Processo: **P673926/2015**

Título do Projeto de Pesquisa: **POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E SUA EFETIVIDADE: UM ESTUDO DE CASO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DA SECRETARIA REGIONAL II DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE.**

Pesquisadoras Responsáveis: **ALINI PONTES CAVALCANTE E MARIA HELENA DE PAULA FROTA.**

Instituição Proponente: **UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 13 de outubro de 2015.

Maria Ivanília T. Timbó
Maria Ivanília Tavares Timbó
 Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL II
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – CAPS AD II
ROTEIRO DE ANAMNESE

No. Prontuário: _____

Data de admissão: ____/____/____

Encaminhamento: _____

1) **IDENTIFICAÇÃO**

Nome completo: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Ponto de referência: _____ Telefone: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

RG: _____ CPF: _____ Raça: () Negro () Branco () Índio () Mestiço

Religião: _____ Estado civil: _____ No de filhos: _____

Filiação: Pai: _____

Mãe: _____

Pessoa para contato com telefone: _____

Razão da procura: _____

2) **SITUAÇÃO PSICOSSOCIAL**

Grau de instrução:

- () Analfabeto () Semi-analfabeto
() Fundamental incompleto () Fundamental completo
() Médio incompleto () Médio completo
() Superior incompleto () Superior completo
() Pós-graduação () Não definiu

Atividade Profissional: _____

Situação profissional:

- () Desempregado () Empregado () Atividade informal () Não definiu
() Estudante () Aposentado () Afastado c/ auxílio-doença

Renda própria:

- () < 1 salário () 1-2 salários () .2<4 salários () Não tem renda
() >4<8 salários () >8 salários () Não definiu

Relacionamento familiar:

- () Ótimo () Bom () Razoável () Péssimo () Não definiu

①

Situação Conjugal dos pais:

Casados Separados Viúvos Juntos Falecidos Outra _____

Quem sustenta o paciente:

O próprio Outro familiar
 Pais Esmolas
 Cônjuge Não definiu

Número de irmãos:

Filho único 1 irmão 2 irmãos 3 irmãos 4 irmãos 5 irmãos + de 6 irmãos

3) ANTECEDENTES FAMILIARES

Algum parente usa droga?

Pais e/ou irmãos Avós,tios e/ou primos parentes de 3o. Grau Nenhum

Algum parente abusa de álcool?

Pais e/ou irmãos Avós,tios e/ou primos parentes de 3o. Grau Nenhum

História de doença mental na família?

Pais e/ou irmãos Avós,tios e/ou primos parentes de 3o. Grau Nenhum

4) DETECÇÃO DO USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTROS DROGAS

(ADAPTAÇÃO DO DUSI E CAGE)

Sente-se aborrecido com as críticas que as pessoas fazem pelo seu modo ao usar álcool e outras drogas? Sim Não

Sente-se culpado(a) pela maneira com que costuma usar álcool e outra droga? Sim Não

Costuma usar álcool e outras drogas pela manhã(ao acordar,para diminuir o nervosismo ou ressaca? Sim Não

Alguma vez sentiu "fissura" ou um forte desejo por álcool ou outra droga? Sim Não

Alguma vez sentiu que não poderia controlar o uso de álcool ou outra droga? Sim Não

Alguma vez deixou de realizar alguma atividade por ter gastado muito dinheiro com álcool ou outras drogas? Sim Não

Muda rapidamente de "muito feliz" para "muito triste" ou vice versa por causa das drogas? Sim Não

Já sofreu algum acidente de automóvel após o uso de álcool ou outras drogas? Sim Não

Qual a frequência de uso da droga nos últimos 6(seis) meses?

Diária Semanal
 Uso diário por um período com paradas esporádicas Mensal
 Parou de usar há mais de 6(seis) meses Eventual

Tentativa de parar e/ou reduzir o uso de drogas?

() nenhuma () 1- 5 tentativas () 6-10 tentativas () >10 tentativas () Não definiu

Já realizou algum tratamento? () Sim () Não

Qual ? _____

5) HISTÓRIA DA DEPENDÊNCIA

SUBSTÂNCIAS	Nunca usou	Só experimentou	Usou	Usa
Álcool				
Alucinógenos(LSD,Mesclado etc)				
Analgésico(sem prescrição médica)				
Anabolizantes				
Afetaminas/estimulantes (sem prescrição médica)				
Cocaína				
Crack				
Éxtase				
Fenilciclídina(pó de anjo)				
Inalantes,solventes(Cola,lança-perfume,etc)				
Maconha				
Opiáceos(morfina,heroína,etc)				
Tabaco				
Tranquilizantes/ diazepam e barbitúricos (sem prescrição médica)				
Outras				

Substância de início e idade: _____

O que motivou o início do consumo de substâncias psicoativas?

() Curiosidade () Hábitos Sociais () Hábitos Familiares () Perdas
 () Prescrição médica () Auto-medicação () Influência de amigos () Não definiu
 () Outro _____

Há quanto tempo o uso da substância passou a interferir em sua vida?

() <1 mês () 1-6 meses () 7-11 meses () 1-5 anos () >5<10 anos
 () >10 anos () Não sabe () Não definiu

Local atual de consumo de drogas e/ou Álcool:

() Casa dos pais () Casa própria () Casa de amigos () Esc
 () Logradouros públicos () Não usa há mais de 6(seis) meses () Não definiu
 () Festas () Bares () Outro _____

Que horas você mais sente vontade de usar:

Você se alimenta e bebe água durante o uso ou após o uso da substância:

O que você sente quando usa?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Excitação | <input type="checkbox"/> Alteração de humor | <input type="checkbox"/> Confusão mental |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Sudorese | <input type="checkbox"/> Desorientação |
| <input type="checkbox"/> Diminuição da ansiedade | <input type="checkbox"/> Disartria | <input type="checkbox"/> Alucinações |
| <input type="checkbox"/> Falta de apetite | <input type="checkbox"/> Agitação | <input type="checkbox"/> Náuseas |
| <input type="checkbox"/> Amnésia | <input type="checkbox"/> Agressividade | <input type="checkbox"/> Outro _____ |

O que você sente quando para o uso?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Excitação | <input type="checkbox"/> Amnésia | <input type="checkbox"/> Agitação |
| <input type="checkbox"/> Alteração de humor | <input type="checkbox"/> Sudorese | <input type="checkbox"/> Febre |
| <input type="checkbox"/> Desorientação | <input type="checkbox"/> Taquicardia | <input type="checkbox"/> Tremores |
| <input type="checkbox"/> Vômitos | <input type="checkbox"/> Agressividade | <input type="checkbox"/> Delírios |
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Insônia | <input type="checkbox"/> Confusão mental |
| <input type="checkbox"/> Náuseas | <input type="checkbox"/> Disartria | <input type="checkbox"/> Sede em excesso |
| <input type="checkbox"/> Alucinações | <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Outro _____ |

Problemas Físicos – Psicológicos – Sociais associados ao uso de álcool e outras drogas:

FÍSICOS

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Embreaguez | <input type="checkbox"/> Cirrose | <input type="checkbox"/> Herpes Zoster |
| <input type="checkbox"/> Amnésia | <input type="checkbox"/> Convulsões | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Colapso | <input type="checkbox"/> Acidentes | <input type="checkbox"/> DSTs |
| <input type="checkbox"/> Vômitos | <input type="checkbox"/> Ferimentos | <input type="checkbox"/> TB |
| <input type="checkbox"/> Hepatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Outro _____ | |

PSICOLÓGICOS

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Agressividade | <input type="checkbox"/> Mentiras |
| <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Ansiedade | <input type="checkbox"/> Delírio tremens |
| <input type="checkbox"/> Outros _____ | | |

SOCIAIS

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas com a esposa | <input type="checkbox"/> Problemas financeiros | <input type="checkbox"/> Brigas |
| <input type="checkbox"/> Problemas com os amigos | <input type="checkbox"/> Problemas no trabalho | <input type="checkbox"/> Delitos criminais |
| <input type="checkbox"/> Foi apreendido ou preso | <input type="checkbox"/> Responde processo | <input type="checkbox"/> Polícia |
| <input type="checkbox"/> Justiça | <input type="checkbox"/> Família | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

6) ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS E CLÍNICOS

Internações Psiquiátricas:

Sim Não Quantas: _____ Motivo: _____

Idade da 1a. Internação: _____

Hipótese(s) diagnóstica(s) nos tratamentos anteriores:

7)ENCAMINHAMENTOS:

Necessidade de vale-transporte:() Sim () Não Quantidade por dia: _____

Avaliação técnica em função da realidade sócio-econômica

INDICAÇÕES DE PROCEDIMENTOS (Checar disponibilidade do(a) paciente)

() NÃO Intensivo () SEMI Intensivo () Intensivo

PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR Data: ____/____/____					
TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ					
TARDE					

PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR Data: ____/____/____					
TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ					
TARDE					

PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR Data: ____/____/____					
TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ					
TARDE					

PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR Data: ____/____/____					
TURNO	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA
MANHÃ					
TARDE					

Profissional de Referência

5

Sim Não

Motivo da Alta:

Melhorada A pedido Abandono Evasão

Internações Clínicas:

Sim Não

Quantas: _____ Motivo: _____

Distúrbios Clínicos:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> D. Gastrintestinal | <input type="checkbox"/> D. Ginecológica |
| <input type="checkbox"/> D. Pulmonar | <input type="checkbox"/> D. Urológica | <input type="checkbox"/> D. Neurológica |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatia | <input type="checkbox"/> D. Endócrina | <input type="checkbox"/> DSTs |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatite A, B ou C | <input type="checkbox"/> Não tem |
| <input type="checkbox"/> Outro _____ | | |

História da Doença (HDA)

Medicações que usa atualmente e como são administradas:

Hipótese Diagnóstica (HP):

Conduta:

OBSERVAÇÕES:

Assinatura c/ carimbo do Avaliador

6