

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

ADRIANA MELO DA SILVA



**TRATAMENTO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS CAPSAd II - leste Natal/RN: UMA AVALIAÇÃO
DA EFETIVIDADE**

**NATAL-RN
2006**

Adriana Melo da Silva

**TRATAMENTO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS CAPSad II - leste Natal/RN: UMA AVALIAÇÃO
DA EFETIVIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, na área de concentração: Poder Local, Cultura Política e Questão Social.

Orientador: Prof. Dr. João Bosco Araújo da Costa.

NATAL-RN
2006

Divisão de Serviços Técnicos
Catalogação da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Silva, Adriana Melo da.

Tratamento do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas CAPSad II – Leste Natal/RN : uma avaliação da efetividade. – Natal, RN, 2006.
171 f. : il.

Orientados: João Bosco Araújo da Costa

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

1. Abuso e uso de álcool e outras drogas - Dissertação. 2. Centro de Atenção Psicossocial – Dissertação. 3. Reforma psiquiátrica – Dissertação. 4. Avaliação de políticas públicas – Dissertação. 5. Efetividade – Tratamento – Dissertação. I. Costa, João Bosco Araújo da. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 364.272:663

Adriana Melo da Silva

TRATAMENTO DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS CAPSad II - leste Natal/RN: UMA AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, na área de concentração: Poder Local, Cultura Política e Questão Social.

Aprovado em: ____/____/____/

Prof. Dr. João Bosco Araújo da Costa

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

(Orientador)

Prof. Dra. Maria Arlete Duarte de Araújo

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

(convidada)

Prof. Dra. Roberta Salazar Uchôa

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

(convidada)

Prof. Dra. Isabel Maria Farias Fernandes de Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

(suplente)

Dedico este trabalho à memória de meu pai, **Nilton Gomes da Silva**, a quem perdi para o alcoolismo, no período do mestrado. Alguém que desistiu de si mesmo e se entregou às bebidas alcoólicas.

AGRADECIMENTOS

A obtenção do título de Mestre constitui-se em um dos meus traçados objetivos de vida e representa mais um ciclo concluído com muito esforço e dedicação. Enfim, é chegada a hora de reconhecer e agradecer a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desse trabalho e, conseqüentemente para meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Agradeço:

ao meu orientador, prof. Dr. João Bosco Araújo da Costa, pela possibilidade de diálogo, interlocução e embates intelectuais calorosos, francos e abertos;

às professoras, Maria Arlete Duarte de Araújo e Isabel Maria Farias Fernandes de Oliveira, pela aceitação do convite para apreciar meu trabalho e pelas valiosas contribuições a ele sugeridas no processo de qualificação para o mestrado;

às coordenadoras do Programa de Pós Graduação em Serviço Social, que tiveram a capacidade e sensibilidade de entender a singularidade de cada mestranda, sem, no entanto, comprometer a qualidade do ensino prestado por esse programa;

ao meu companheiro, Marcone Marcelino, pela compreensão, dedicação, paciência e incentivos constantes, e na medida certa; e ainda, pela capacidade de me acalantar nas horas mais difíceis;

a minha principal obra, Sofia Melo, que soube entender minhas ausências e ainda teve a capacidade, ao seu modo, de pensar em estratégias para me tranquilizar;

às Amigas, Liliane Cacho, Késsia Roseane e Helenita Arruda, com quem compartilhei momentos de desalentos e reflexões profissionais;

a todas aquelas companheiras da 4ª turma do PPGSS, pela possibilidade de convivência, crescimento mútuo e das relações de amizade que ficaram;

a todos os professores e professoras do PPGSS, pelo espaço de diálogo e aprendizado;

a Elizabeth Freitas (ex-coordenadora de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Natal – RN), pela simplicidade, interesse e disponibilidade

para contribuir com meu trabalho, fornecendo os materiais necessários, além de me conceder entrevista;

a toda equipe de profissionais do CAPSad II – leste, pela confiança e acolhimento a mim dispensados, pelo compromisso e empenho para a realização deste trabalho;

a todos os usuários, familiares e profissionais que, gentilmente, me concederam entrevistas;

a minha prima, Carla da Silva Alves, pela elaboração do *abstract* da dissertação;

ao colega, Adriano Cacho, pelo tratamento dado às fotos que compõem a dissertação;

a Lúcia, funcionária da PPGSS, pela disponibilidade e interesse de nos manter informada;

a CAPES, pelo apoio financeiro para a realização deste trabalho.

A todos, os mais sinceros agradecimentos.

Opiário

É antes do ópio que minh'alma é doente. Sentir a vida convalesce e estiola. E eu vou buscar o ópio que me consola [...] Por isso eu tomo ópio. É um remédio. Sou convalescente do Momento. Moro no rés-do-chão do pensamento. E ver passar a vida faz-me tédio. [...] Caio no ópio por força. Lá querer que eu leve a limpo uma vida destas não se pode exigir. Almas honestas. Com horas pra dormir e pra comer, [...] e afinal o que quero é fé, é calma, e não ter estas sensações confusas. Deus que acabe com isto! Abra as eclusas E basta de comédias na minh'alma!

Fernando Pessoa (Álvaro de Campos)

RESUMO

O tratamento para usuários abusivos de álcool e outras drogas, sofreu significativas modificações até chegar ao modelo psicossocial, utilizado pelo Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad II – leste Natal/RN). Esse modelo surge a partir das Reformas Sanitária e Psiquiátrica Brasileira expressas nos princípios e proposições do Sistema Único de Saúde – SUS. A Reforma Psiquiátrica significou uma ruptura com o padrão de tratamento manicomial e hospitalocêntrico destinado aos usuários abusivos de álcool e outras drogas. A nova proposta propõe a universalização, democratização, regionalização e integralidade das ações no campo da saúde mental. Reúne uma equipe de saúde necessariamente interdisciplinar. Este estudo tem como objetivo avaliar a efetividade do tratamento para usuários abusivos de álcool e outras drogas oferecido pelo CAPSad II – leste Natal /RN. A avaliação utilizou, como prioritária, a pesquisa social de caráter qualitativa através de um estudo avaliatório a partir do modelo não-experimental. O processo metodológico utilizou diferentes instrumentos de coleta de dados: pesquisa bibliográfica e documental, observações sistemáticas no CAPSad II – leste, e, principalmente, às entrevistas semi-estruturadas (21) que foram realizadas com os profissionais, usuários e familiares do CAPSad II – leste. A investigação apontou para a efetividade do serviço e, portanto, o CAPSad II – leste se constitui enquanto principal estratégia de enfrentamento ao modelo manicomial e hospitalocêntrico de tratar os usuários abusivos de álcool e outras drogas.

Palavras chave: Centro de Atenção Psicossocial, Reforma Psiquiátrica, usuários abusivos de álcool e outras drogas, avaliação, efetividade.

ABSTRACT

The treatment for abusive users of alcohol and other drugs suffered significant modifications until arriving to the psychosocial model that is used by Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad II – Eastern Natal/RN (Psychosocial Support Center). That model appears starting from Brazilian sanitary and psychiatric reforms which are expressed in the principles and propositions of Sistema Único de Saúde – SUS (Unique System of Health). The Psychiatric Reform meant a rupture with the mental hospital and hospital centered treatment pattern which was destined to the abusive users of alcohol and other drugs. The new proposal offers the universalization, democratization, regionalization and completeness of the actions in the field of mental health. It gathers a strictly interdisciplinary health staff. The purpose of this study is to evaluate the effectiveness of the treatment for abusive users of alcohol and other drugs offered by CAPSad II – Eastern Natal/RN. The evaluation used, as priority, the qualitative social research through an evaluating study starting from the non-experimental model. The methodological process used different instruments of data collection: bibliographical and documental researches, systematic observations at CAPSad II – Eastern Natal/RN and, mainly, the semi-structured interviews (21) that were accomplished with the professionals, users and relatives of CAPSad II – Eastern Natal/RN. The investigation showed the effectiveness of the service and, therefore, CAPSad II – Eastern Natal/RN constitute itself as the main confronting strategy to the mental hospital and hospital centered treatment pattern of caring the abusive users of alcohol and other drugs.

Key words: Psychosocial Support Center, Psychiatric Reform, abusive users of alcohol and other drugs, evaluation, effectiveness.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 DROGAS: USOS E TRATAMENTOS.....	20
2.1 DROGAS, ABORDAGENS E TRATAMENTOS: REVISÃO HISTÓRICA.....	20
3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E EM NATAL – RN.....	37
3.1 OUTROS MODOS DE OLHAR: A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA...37	
3.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM NATAL - RN E A IMPLANTAÇÃO DO CAPS ad II –LESTE	50
4 CONHECENDO O CAPS ad II – LESTE E SEU USUÁRIO.....	66
4.1 CONHECENDO O CAPSad II – LESTE	66
4.2 CONHECENDO O USUÁRIO DO CAPSad II – LESTE.....	84
5 AVALIAR É PRECISO: A EFETIVIDADE DO TRATAMENTO CAPSad II - LESTE NATAL/RN	103
5.1 AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: CONSTRUINDO O CONCEITO DE EFETIVIDADE PARA O TRATAMENTO DO CAPSad II – LESTE.....	103
5.2 TRATAMENTO DO CAPSad II – LESTE: EFETIVO OU NÃO EFETIVO? - EIS A QUESTÃO.....	117
CONSIDERAÇÕES FINAIS	147
REFERÊNCIAS.....	150
APÊNDICES.....	157
ANEXOS	168

INTRODUÇÃO

Em 27 de março de 1996 foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas - CAPSad¹II - leste em Natal – RN. A constituição do CAPSad II - leste é parte do processo de objetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, uma vez que representa uma das instituições operacionalizadoras dos objetivos da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Norte.

O CAPSad II - leste representa uma conquista dos trabalhadores de saúde mental, da sociedade civil organizada e do esforço da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em implantar o projeto da Reforma Psiquiátrica em Natal - RN. Trata-se de um espaço físico em forma de casa minimamente adequada², público, aberto, anônimo, destinado a pessoas a partir dos 14 anos que apresentem uso prejudicial ou dependência de álcool e outras drogas, com exceção do tabagismo. Tem como objetivo trabalhar na reabilitação biopsicossocial do usuário abusivo de álcool e outras drogas.

O CAPSad II - leste conta com uma equipe profissional interdisciplinar, em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas ser uma questão grave de saúde pública, sem no entanto, ser uma questão exclusiva da área de saúde. A problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas apresenta interfaces com outras áreas do conhecimento, de forma que suas interpelações venham a subsidiar uma construção coletiva para seu enfrentamento.

A proposta da Reforma Psiquiátrica Brasileira para o tratamento das pessoas com transtornos decorrentes do uso ou dependência de substâncias psicoativas está ancorada na proposta de Saúde surgida a partir da Reforma Sanitária Brasileira. Esta proposta está expressa nos princípios e proposições do Sistema Único de Saúde – SUS o qual é instituído pelas leis federais 8.080 e 8.142, ambas de 1990. O SUS propõe como diretrizes: a universalidade de acesso, integralidade na assistência, direito à informação sobre a saúde do usuário,

¹ Tal nomenclatura é termo recente, o qual foi incorporado através da portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002 com o objetivo de diferenciar as diversas modalidades de CAPSs. O sufixo II indica que o município tem uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes. Quanto à terminologia leste, esta se refere ao espaço urbano (zona leste de Natal) no qual o serviço está inserido. No ano de sua inauguração (1996) a instituição era conhecida apenas como Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

² Fotos da estrutura física do CAPSad – leste no Apêndice 1.

participação da comunidade, equidade no atendimento e o uso da epidemiologia³. Quanto à organização, o SUS está organizado de forma regionalizada, hierarquizada e descentralizada.

Nesta direção, a Reforma Psiquiátrica Brasileira significou, em relação ao tratamento da saúde mental, uma ruptura com a concepção do padrão de tratamento manicomial e hospitalocêntrico e possibilitou o surgimento de modelos de tratamentos substitutivos ao tratamento psiquiátrico clássico, como os CAPS.

O processo de constituição do movimento pela Reforma Sanitária e, como parte desta, a Reforma Psiquiátrica, adquire concretude a partir dos anos 80, com a transição do regime autoritário para o democrático, a qual possibilitou mudanças em relação ao papel do poder público local, passando os municípios brasileiros a atores na formulação e implementação das políticas sociais. As noções de descentralização e participação articulam-se fortemente com as novas institucionalidades do poder local no Brasil, consignadas na constituição de 1988.

O interesse pelo tratamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas deu-se a partir da experiência de campo de estágio curricular I e II em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN por um período referente a dois semestres. Esse estágio culminou na elaboração do trabalho de conclusão de curso intitulado: **Dependência Química: fases e faces; Um olhar acerca da proposta de inclusão do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. O trabalho em questão analisou a implantação e a operacionalização dos serviços do CAPSad II - leste Natal/RN. No entanto, em virtude do curto tempo para desenvolver a pesquisa, a interrogação sobre o que ocorre com esses usuários após passarem pelo tratamento do CAPSad II – leste, ficou para um trabalho posterior, que o curso de mestrado oportunizou.

Diante da certeza corrente de ineficiência dos tratamentos psiquiátricos tradicionais caracterizados como cronificadores, de baixa resolutividade e violadores dos direitos individuais e humanos; da afirmativa que o uso abusivo de drogas é uma doença que exige um acompanhamento sistemático e, por ser a proposta de tratamento do CAPSad II – leste contrária a essa perspectiva, coloca-se a necessidade de realizar uma avaliação de **efetividade** de sua proposta.

³ “Epidemiologia é o estudo dos diversos fatores que determinam o aparecimento e a frequência de doenças em uma determinada população”. (BELMONTE, 1998, p. 29).

Na avaliação de políticas públicas existem distintas abordagens e metodologias. Tem sido comum nos estudos sobre avaliação de políticas públicas a utilização de categorias como **eficácia, eficiência e efetividade**. Para dar conta da questão formulada anteriormente: o que ocorre com esses usuários após passarem pelo tratamento do CAPSad II – leste, elegemos o conceito de **efetividade** para realizar a avaliação desse tratamento.

A avaliação de **efetividade** é entendida enquanto uma relação direta entre a execução de uma política, programa, projeto ou serviço público e seus resultados, ou seja, trata-se de verificar se as condições iniciais que geraram a necessidade da política, programa, projeto ou serviço público sofreu mudanças em virtude da estratégia de enfrentamento adotada pela política, programa, projeto ou serviço público que foram criados para esse fim.

Logo, a **efetividade** do tratamento do CAPSad II - leste significa redução dos prejuízos como: redução do consumo e períodos de abstinência, e, melhoria da qualidade de vida nos aspectos biopsicossociais aqui entendidos enquanto melhoria nas condições de saúde e nas relações afetivas e sociais. Isso porque a redução dos prejuízos e melhoria da qualidade de vida acompanhada da **(re)inserção**⁴ familiar e social (trabalho, vida afetiva, laços de sociabilidade) significa uma mudança nas condições sociais prévias de um usuário abusivo de álcool e outras drogas. Destarte, procurou-se avaliar em que medida pode-se atribuir ao tratamento do CAPSad II - leste a idéia de fracasso ou sucesso, no sentido deste tratamento ocasionar redução de prejuízos e mudanças biopsicossociais na vida desses usuários.

Neste sentido, avaliou-se a **efetividade** do tratamento do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas CAPSad II – leste, valorizando critérios de **efetividade** para além da conquista da abstinência. Dessa forma, incorporamos no conceito de **efetividade** a redução dos prejuízos e melhoria na qualidade de vida, quando a redução dos prejuízos significa redução do consumo e períodos de abstinência. Em relação à melhoria da qualidade de vida entende-se enquanto as melhorias de saúde física e mental e melhorias nas relações afetivas e

⁴ O prefixo *re* está em negrito, tendo em vista que alguns usuários podem nunca ter estado inseridos; portanto, nesses casos, o termo mais apropriado seria *inserção*. Da mesma forma que pode haver usuários que estiveram inseridos e, em virtude do uso abusivo de álcool e outras drogas ficaram à margem de alguns processos, e aqui o termo seria *(re)inserção*. Como forma de contemplar os dois casos, optou-se por utilizar a palavra *(re)inserção* com o prefixo *re* em destaque.

formas de sociabilidade (família amigos, comunidade/bairro, trabalho, entre outros). Isto porque o uso abusivo de álcool e outras drogas acompanham o indivíduo por toda a sua vida. É uma doença crônica e, como tal, seu tratamento é voltado para a redução dos seus prejuízos e melhoria da qualidade de vida.

A pesquisa **Tratamento do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas CAPSad II - leste-Natal/RN: Uma avaliação da efetividade** tem como objetivo geral avaliar a **efetividade** da proposta de tratamento do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas CAPSad II - leste – Natal/RN. Especificamente, objetiva-se: a) verificar o grau de adesão dos usuários, isto é, o grau de resistência ao tratamento do CAPSad II – leste; uma vez que, estar disponível, ou não, para se tratar, interfere no resultado final do tratamento; b) identificar as prováveis mudanças biopsicossociais ocorridas na vida dos usuários, como decorrência do tratamento do CAPSad II - leste, pois os usuários, familiares e/ou profissionais podem atribuir o fato de ter ocorrido, ou não, mudanças biopsicossociais na vida dos usuários, a outros fatores que não somente ao tratamento do CAPSad II – leste; e, por fim, c) analisar em que medida as prováveis mudanças biopsicossociais ocorridas na vida dos usuários traduzem a **efetividade** do tratamento do CAPSad II – leste. Aqui se trata de verificar em que medida o objetivo do CAPS ad II - leste foi alcançado.

Para a concretização dos objetivos da pesquisa, utilizamos o modelo não-experimental que é empregado “quando a população-alvo não pode ser comparada com um grupo testemunha (controle)” (MARTINELLI, 1999, p. 87). O modelo não experimental foi utilizado em sua modalidade ‘apenas depois’, o qual leva em consideração apenas a população beneficiária da política, programa, projeto, ou serviço e realiza a medição dos fenômenos sociais apenas depois da implementação dos mesmos, empenhando-se em reconstruir a situação anterior à implementação da política, programa, projeto ou serviço (SILVA, 2001).

Dessa forma, a pesquisa realizada para esse trabalho ocorreu com usuários e familiares que já passaram e/ou que tiveram familiares em tratamento no CAPSad II – leste. O roteiro⁵ utilizado nas entrevistas com os usuários, familiares e profissionais do referido serviço busca recuperar como estava seu grau de adesão ao iniciar o tratamento, como estavam as condições de vida nos aspectos

⁵ Os roteiros das entrevistas encontram-se no Apêndice 2.

biopsicossociais do usuário, antes do início do seu tratamento e, se houve alguma mudança em suas condições de vida, bem como a que ele atribui o fato de terem ocorrido, ou não, essas mudanças.

Para nortear a pesquisa tomou-se como referencial metodológico o da pesquisa social de caráter qualitativo como prioritário, tendo em vista que esta metodologia permite uma abordagem das relações, processos e fenômenos sociais a partir da percepção e dos significados atribuídos pelos atores e agentes inseridos no processo, isto é, abarca um universo de significados que não podem ser quantificados, reduzidos a números, ou seja, permitem buscar uma compreensão mais aprofundada da realidade estudada.

Por outro lado, por partilhar-se com a idéia de Minayo e Sanches (1993) e Martinlli (1999), que assinalam para a possibilidade de uma intercomplementaridade das abordagens quantitativa e qualitativa, utilizaram-se alguns dados de caráter quantitativo para apreender a problemática aqui analisada. Cabe ressaltar que neste trabalho, a abordagem quantitativa foi utilizada com finalidade distinta da abordagem qualitativa, motivo pelo qual o espaço temporal de ambas também foi distinto; ponto este que será discutido mais adiante.

A obtenção de informações e fontes deu-se a partir da técnica de triangulação, a qual permite a combinação de técnicas diferenciadas para uma melhor apreensão da problemática aqui estudada. Nesta perspectiva, este estudo fez o seguinte percurso metodológico:

A princípio, fez-se o mapeamento da literatura sobre: a) drogas, abordagens e tratamentos para uso abusivo de álcool e outras drogas, objetivando situar a abordagem e proposta de tratamento do CAPSad II - leste no contexto histórico em que novas atribuições de sentido foram dadas à droga, ao uso abusivo de álcool e outras drogas e formas de tratamento; b) realizou-se uma breve revisão histórica da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tanto em seus aspectos conceituais, como em relação às suas proposições para a reforma do Estado Brasileiro e quanto ao tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas. Entre estas proposições encontra-se a demanda por descentralização e democratização que irão configurar-se, entre outras variáveis, como as novas atribuições do poder público local, advindas com a constituição de 1988 e, c) fez-se, também, uma revisão da literatura sobre avaliação de políticas públicas para a construção do conceito de **efetividade**

em tratamento do uso abusivo de álcool e outras drogas realizado pelo CAPSad II - leste.

No segundo momento, realizou-se o trabalho de coleta de dados, no qual se utilizou a pesquisa quantitativa e qualitativa, como dito anteriormente. A metodologia quantitativa permitiu retratar, descrever e dimensionar questões relacionadas à operacionalização, desenho do tratamento e o conhecimento sócio-demográfico do usuário do CAPSad II – leste, além de fornecer subsídios ao conhecimento produzido pela pesquisa qualitativa. Alguns dados foram aprofundados na pesquisa qualitativa, como por exemplo, o número de desistências ou abandono e o número de reincidências ao tratamento. A dimensão quantitativa da coleta de dados constituiu-se de pesquisa documental nos acervos do CAPSad II – leste, mediante uma amostra aleatória de 369 usuários o que corresponde a uma margem de erros de 5%, no universo total de 4.666 usuários atendidos pelo CAPSad II - leste. A amostra foi retirada do espaço temporal dos anos de 1996 a 2004.

A pesquisa documental trouxe informações para um maior conhecimento do tratamento e do usuário do CAPSad II – leste no tocante a: a) o número de reincidentes ao tratamento; b) número de desistentes do tratamento; c) número de usuários que passaram pelo tratamento Intensivo (frequência diária de um dos turnos); d) número de usuários que passaram pelo tratamento Intensivo Integral⁶ (frequência diária de dois turnos); e) número de usuários que passaram pelo tratamento Semi-Intensivo (frequência de duas a três vezes por semana em um ou dois turnos); f) número de usuários que passaram pelo tratamento Não-Intensivo (frequência de uma vez por semana, ou a cada quinze dias em um dos turnos); g) número de altas terapêuticas⁷; h) número de altas administrativas⁸; i) número de usuários que já passaram por outros tratamentos ou grupos terapêuticos; j) permanência no tratamento e dados sócio-demográficos dos usuários como: l) sexo, m) escolaridade, n) situação de trabalho, o) região de moradia, p) idade, q) estado civil e r) se têm filhos ou não.

⁶ A portaria 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 não faz referência a essa modalidade de tratamento. Trata-se de uma modalidade específica do CAPSad – leste Natal/RN.

⁷ Procedimento da equipe para com os usuários que obtêm êxito na avaliação de seu tratamento. Após recebimento da alta médica, o usuário é orientado a fazer a manutenção do tratamento em uma instituição de referência ou no próprio CAPSad II - leste.

⁸ Procedimento adotado pela equipe técnica para aqueles usuários que descumprem o contrato terapêutico e as normas do tratamento. Trata-se de um procedimento disciplinar, no qual o usuário é advertido e afastado do tratamento por um período máximo de 30 dias.

A coleta de dados qualitativa constituiu-se de entrevistas semi-estruturadas que, embora utilizem um roteiro básico de questões abertas, abordando os eixos pertinentes à apreensão da **efetividade** do tratamento do CAPSad II - leste permitem ao entrevistado, de acordo com seu raciocínio e vivências, colaborar com novas visões e/ou questionamentos podendo, inclusive, chegar até a provocar a reformulação do problema da pesquisa.

A apreensão da **efetividade** do tratamento do CAPSad II – leste deu-se, principalmente, na percepção dos usuários. Em que pese a percepção dos familiares e da equipe técnica, neste trabalho, foi privilegiada a percepção dos usuários, uma vez que, foi para estes que o serviço foi criado, e ainda, por estes usuários muitas vezes terem objetivos distintos do serviço, e, sobretudo, de seus familiares. Podemos citar um exemplo recorrente no CAPSad II – leste, que diz respeito ao desejo da família, de que os usuários conquistem a abstinência absoluta, o que, na maioria das vezes, não corresponde ao desejo do usuário, que muitas vezes, está em busca apenas da redução dos prejuízos como: redução do consumo e períodos de abstinência.

A pesquisa qualitativa não tem como característica utilizar um grande número de sujeitos, uma vez que visa ao aprofundamento do conhecimento sobre o sujeito com o qual se interessa dialogar na pesquisa. Nesta direção, não se pretendeu compor uma amostra aleatória, pelo contrário, esta foi composta intencionalmente, pois o que é “importante, nesse contexto, não é o número de pessoas que vão prestar as informações, mas o significado que esses sujeitos têm, em função do que estamos buscando com a pesquisa”. (MARTINELLI, 1999, p. 24).

Nesta perspectiva, para compor a amostra qualitativa elegeram-se, enquanto sujeitos da pesquisa: usuários, familiares de usuários e profissionais do CAPSad II – leste, a partir dos seguintes critérios: no que se refere aos usuários, priorizaram-se aqueles que apresentaram uma simultaneidade de ocorrências como forma de dar conta das seguintes variáveis: **motivos de saída do tratamento** (alta terapêutica, desistência e/ou abandono e alta administrativa); **encaminhados da justiça**; usuários que já passaram por **outro tipo de tratamento** e alguns **casos relevantes para a equipe** técnica do CAPSad II – leste, no que se refere aos usuários que chamaram a atenção pelo **nº de vezes que reincidiram** no tratamento do CAPSad II - leste, aquele(s) que a equipe considera que **obtiveram êxito no**

tratamento e aquele(s) que a equipe considera que **não obtiveram êxito no tratamento**, e ainda, contemplando **questões de sexo**: masculino e feminino.

No tocante à amostra dos familiares, foram privilegiados os familiares que tiveram parentes que reuniram uma simultaneidade de ocorrências, levando em consideração as variáveis acima mencionadas. Também foi levada em consideração a **participação, ou não, desses familiares nos grupos de família**; tendo em vista que o envolvimento, ou não, da família no tratamento pode interferir na **efetividade** deste. Convém esclarecer que a escolha da família não foi necessariamente casada com a escolha do usuário.

No caso da amostra dos profissionais participaram da pesquisa aqueles que fazem parte da equipe técnica com **maior tempo trabalhando** no CAPSad II – leste, abarcando ainda, as **diferentes categorias profissionais**.

A amostra dos usuários e familiares foi delimitada no espaço temporal dos anos de 2003 a 2005, por entender-se estar avaliando a **efetividade** atual do CAPSad II - leste. A partir desses critérios a amostra foi composta de um total de 21 participantes assim distribuídos: 08 usuários 05 familiares de usuários e 08 profissionais. Convém ressaltar que o número de entrevistas dos familiares ser menor que as demais refere-se, tão somente, à dificuldade enfrentada para realizar as entrevistas, uma vez que houve sucessivas substituições de familiares, em virtude de faltas ou indisponibilidade dos mesmos para participarem da pesquisa. Dessa forma, avaliou-se que as 05 entrevistas realizadas com os familiares foram suficientemente significativas para o estudo aqui proposto.

Quanto ao número de sujeitos participantes da pesquisa, por se tratar de um estudo eminentemente qualitativo, considera-se a amostra suficientemente adequada a uma discussão aprofundada. Os nomes dos entrevistados foram substituídos pelas três categorias que compõem a amostra do estudo: usuários, familiares e profissionais. Também optou-se por não utilizar nomes fictícios para que a equipe técnica do CAPSad II – leste não tivesse condições de se identificar, mas sobretudo, para que não pudessem identificar os usuários e seus familiares. Tal procedimento foi adotado para assegurar o anonimato dos entrevistados, uma vez que o serviço prevê sigilo profissional. Destaca-se que há apenas uma profissional identificada, por se tratar de uma testemunha privilegiada da história da saúde mental da cidade de Natal-RN.

O principal instrumento de investigação analisado neste trabalho foi a entrevista semi-estruturada (conforme dito anteriormente), a qual foi utilizada com o auxílio do gravador, mediante o consentimento dos entrevistados. As entrevistas foram realizadas no período de abril a maio de 2006, a partir do critério de saturação das informações e da paridade dos sujeitos participantes da pesquisa. Cada entrevista ocorria em um tempo aproximado de 15 a 30 minutos. A análise desses dados baseou-se na adaptação da técnica de conteúdo na modalidade temática, por parecer a mais apropriada ao tipo de investigação aqui realizada, uma vez que essa técnica permite realizar inferências e ir além do discurso aparente; no entanto, a análise se deu a partir do conteúdo explícito; e o conteúdo implícito foi tratado com cautela crítica, com o objetivo de auxiliar o conteúdo explícito.

A trajetória da classificação e análise das entrevistas se deu a partir da compreensão genérica das falas e da identificação e análise das idéias centrais por eixo temático e por categoria dos sujeitos da pesquisa. Também foi utilizada para uma maior apreensão desse estudo, no momento de desenvolvimento da pesquisa de campo, a técnica da observação no CAPSad II – leste, no que se refere a sua dinâmica de funcionamento e às atividades cotidianas dos usuários no referido serviço. Também utilizou-se registro fotográfico e, ainda, coleta de dados e leituras de documentos institucionais como: relatórios, livros de registro e de frequência, arquivos, leis e portarias.

Durante todo o processo de pesquisa foram respeitados os preceitos éticos previstos na Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as diretrizes e normas que regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos.

A próxima sessão, a sessão II, intitulada de **Drogas: Usos e Tratamentos**. Tem por objetivo discutir e situar as formulações e proposições do tratamento do CAPSad II - leste, a partir de uma discussão introdutória acerca da construção sócio-cultural da droga, do usuário de drogas e das abordagens e tratamentos destinados ao uso abusivo do álcool e outras drogas que antecederam o modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A sessão III – **A Reforma Psiquiátrica no Brasil e em Natal – RN**. Está estruturado em duas partes e tem por objetivo recuperar historicamente as Reformas Psiquiátricas ocorridas no Brasil e em Natal – RN. Nesta perspectiva, na

primeira parte desta sessão discute-se o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira no tocante tanto às reformas e propostas surgidas a partir desse movimento, até culminar na proposta que serve de alicerce ao tratamento oferecido pelo CAPSad II – leste. Também são discutidos os novos papéis do poder público local, entre eles o de implementar políticas públicas em âmbito local o que possibilita a criação de CAPSad em todo o país.

Na segunda parte procura-se situar e apreender a proposta de tratamento do CAPSad II - leste Natal/RN configurada a partir do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa parte tem como objetivo recuperar os principais acontecimentos para efetivação e consolidação do processo da Reforma psiquiátrica em Natal – RN, com principal destaque para aqueles realizados na área da problemática de álcool e outras drogas, além de conferências estaduais e municipais de saúde mental e do processo de implantação do CAPSad II – leste pautado nos preceitos da Reforma Psiquiátrica.

A sessão IV – **Conhecendo o CAPSad II – leste e seu usuário**. Está estruturado em duas partes e tem por objetivo caracterizar o CAPSad II – leste e conhecer alguns dados sócio-demográficos do usuário, em interface com o tratamento. Nesta perspectiva, na primeira parte desta sessão discute-se e realiza-se uma caracterização do serviço oferecido pelo CAPSad II – leste; na segunda parte conhecem-se alguns dados sócio-demográficos dos usuários do CAPSad II - leste em interface com o tratamento.

A sessão V - **Avaliar é Preciso: a efetividade do tratamento do CAPSad II - leste Natal/RN**. Está estruturado em duas partes e tem por objetivo construir e avaliar o conceito de **efetividade** do tratamento do CAPSad II – leste. Nesta perspectiva, na primeira parte desta sessão realiza-se uma discussão teórica acerca dos pressupostos teórico-metodológicos da avaliação de políticas públicas, para construir o conceito de **efetividade** em relação ao tratamento do CAPSad - leste Natal/RN. Na segunda parte avalia-se a **efetividade** do tratamento do CAPSad II – leste quanto a redução dos prejuízos como: redução do consumo e período de abstinência; e, melhoria da qualidade de vida nos aspectos biopsicossociais aqui entendidos enquanto melhoria nas condições de saúde e nas relações afetivas e sociais.

SESSÃO II: DROGAS: USOS E TRATAMENTOS

2.1 Drogas, abordagens e tratamentos: revisão histórica

*Você é meu caminho. Meu vinho, meu vício.
Desde o início estava você. Meu bálsamo
benigno. Meu signo, meu guru. Porto seguro
onde eu vou ter. Meu mar e minha mãe meu
medo e meu champanhe. Visão do espaço
sideral. Onde o que eu sou se afoga. Meu
fumo e minha ioga. Você é minha droga.
Paixão e carnaval. Meu zen, meu bem, meu
mal.*

Caetano Veloso

A princípio faz-se necessário, a fim de evitar interpretações diversas, o esclarecimento prévio do termo droga. Droga é um termo extremamente polissêmico, no entanto, é idéia recorrente falar-se em tal termo no plural e, sem especificações, estar-se referindo às substâncias químicas, naturais ou sintéticas capazes de agirem no sistema nervoso central, incluindo-se, portanto, drogas lícitas e ilícitas em nossa sociedade.

Não obstante a veracidade dessa definição científica do termo droga, a mesma não é suficiente para uma compreensão histórico-social de seu uso:

A droga não deve ser entendida simplesmente como um entorpecente, um componente químico que produz sensações específicas no corpo biológico, mas como um recurso mediador, ou seja, um artifício por meio do qual se satisfaz uma necessidade psíquica e social (HYGINO; GARCIA, 2003, p. 33).

Neste sentido, dos séculos XVI ao XVIII, drogas significavam substâncias naturais utilizadas no alimento, no remédio, na tinturaria e na busca pelo prazer. De origem vegetal, animal ou mineral as drogas significaram na era colonial brasileira, produtos exóticos e de luxo. Nesse período, não havia uma distinção clara entre drogas e comidas e nem entre alimento e remédio. Tal distinção vai ganhando clareza a partir de um controle político e jurídico.

Revisitando a história do uso de drogas percebe-se que este uso, apesar de receber forte ênfase no aspecto moral, também foi considerado questão de integração, econômica, caso de polícia e de saúde. Dessa forma, a relação do ser

humano com as drogas nem sempre se constituiu numa relação problemática e desconcertante; tal relação também não foi sempre criminalizada e estigmatizada; tampouco, o seu tratamento sempre se configurou da forma como se apresenta hoje. A relação do ser humano com as drogas e seu tratamento foi historicamente construída, tendo sido ressignificada a cada contexto sócio-cultural vivenciado.

A descoberta e uso de substâncias psicoativas pelo ser humano antecede a aurora das civilizações. A diversidade cultural e a própria condição humana são geradoras de recursos e práticas culturais milenares e propiciadoras, ainda que temporariamente, de alterar o estado de consciência estimulado pelo uso de substâncias psicoativas. O uso de drogas está presente em todas as sociedades, desde a Idade Pré-histórica até os dias atuais. No entanto, o nosso conhecimento a seu respeito é relativamente novo.

A prova da antiguidade da relação do ser humano com as drogas está em registros arqueológicos e bíblicos, os quais demonstram o uso de bebidas fermentadas como o vinho e a cerveja desde a Pré-história; no entanto, a relação que o homem mantém com as drogas nem sempre foi a mesma. De acordo com Silva (s.d.), o uso de drogas “evoluiu e se sofisticou à medida que as sociedades se tornaram mais complexas”. Segundo Lessa o uso de drogas:

[...] apresenta valores e simbolismos específicos, que vão variar de acordo com o contexto histórico cultural, em setores como o religioso/místico, social, econômico, medicinal, psicológico, estético, climatológico, militar, e na busca do prazer. (LESSA, 2001).

Apesar de o uso de substâncias psicoativas pelo ser humano remontar aos primórdios da humanidade, nem sempre esse uso se constituiu num problema para a coletividade; isto porque as sociedades primitivas fazem o uso de drogas num

[...] contexto cultural estruturado (e estruturante para seus membros). Ela se insere intencionalmente em projetos sociais cujas normas são transmitidas de geração a geração. No interior de uma determinada cultura, tais rituais (e as drogas nele usadas), se tornam, portanto, totalmente lícitos, exercendo uma função integradora e, muitas vezes, apaziguadora [...]. (BUCHER, 2002, p. 9).

Das sociedades primitivas até a Idade Média o significado das drogas é místico/religioso e seu uso é basicamente ritualístico, provedor da integração, e da cura de doenças. Isto porque se compreendem as doenças como de origem

extranatural, isto é, determinadas por Deus ou deuses. Sua cura estava associada ao isolamento, ao jejum, à sangria, à exorcização. Essas práticas estavam inseridas num cerimonial com a ingestão de drogas para fazer com que o espírito mal deixasse o doente. A prática médica da época, divinizada em função da insuficiência científica, materializada e restrita aos feiticeiros e mágicos das tribos, está ligada à saúde física e espiritual, tendo as plantas papel central em virtude de suas propriedades terapêuticas e tóxicas e de seus efeitos muitas vezes desconhecidos.

O uso ocorre como uma espécie de cerimonial, dentro de um controle coletivo regulado por regras e normas sociais, ou conjunto de práticas simbólicas por grupos e circunstâncias específicas inserido num contexto sócio-cultural. A literatura existente sobre o assunto, revela que até esta época:

[...] os abusos eram esporádicos, o vício circunscrito a casos individuais, e só excepcionalmente atingia proporções sociais, em um ou outro agrupamento humano. A escassez de comunicações, a raridade das drogas e, por outro lado, o pavor aos seus efeitos misteriosos constituíram fatores limitantes ao seu uso generalizado (TORLONI, 1987, p. 261).

Na Idade Moderna, cenário de revoluções e guerras, sobretudo religiosas, da peste e das grandes conquistas de terras no Novo Mundo, as drogas se apresentam basicamente com duas funções: constituem-se como algo facilitador no processo de domínio de povos nativos e como fonte de enriquecimento para o conquistador; portanto, as drogas assumem um papel econômico, político, muito mais que cultural. O uso de drogas passa de questão mística para questão profana e, sobretudo, comerciável.

Este período é marcado por três grandes ciclos comerciais de drogas:

O primeiro deles, o das especiarias, no século XVI, foi responsável pela era das descobertas marítimas e forjou a própria palavra droga, da denominação em holandês para os produtos secos do ultramar. O segundo, baseado na produção e no comércio do açúcar, da aguardente e do tabaco, marcou a formação do sistema colonial desde o século XVII e montou a economia atlântica, baseada no tráfico de escravos e das drogas por eles produzidas nas plantations americanas. O terceiro ciclo, o das bebidas quentes e excitantes, desde o século XVII, mas, especialmente, desde o XVIII, desequilibrou a balança comercial inglesa com a Ásia, devido à crescente compra de chá, o que provocou, no século XIX, as duas guerras britânicas contra a China, chamadas de guerras do ópio, que

visavam substituir os pagamentos em prata pelo chá, por pagamentos em ópio (CARNEIRO, 2005a).

É a partir da Revolução Industrial que os padrões de uso e a difusão das drogas tomam maiores proporções. A crescente modernidade e o advento da ciência proporcionam ao homem a sintetização das drogas. O que era natural passa a artificial. As drogas sintéticas passam a fazer parte da vida do homem, utilizadas nos mais variados contextos e situações, desvinculadas, na maioria das vezes, do campo semântico originário, sem, no entanto, ser criminalizada.

Ainda no século XIX, o uso de drogas é visto como algo normal, sem apresentar perigo social. Sua compra e venda são livres. Drogar-se é uma opção individual, portanto não há culpados, ninguém é estigmatizado ou penalizado, já que ainda não há legislação específica, reprovando ou criminalizando tal atitude ou comportamento. Nesse período o uso de drogas é amplamente difundido entre poetas, músicos, pintores, intelectuais e cientistas. Trata-se do 'século romântico', quando os sonhos são construídos a partir de substâncias psicoativas.

Durante as duas Grandes Guerras Mundiais, as drogas são amplamente utilizadas pelos soldados que, receitados pelos médicos militares, ingerem regularmente anfetaminas como forma de combater a fadiga, a fome, o sono e aumentar a resistência e o espírito de luta. Nesse período, o sentido maior da droga é o estratégico e não o comercial.

No Brasil, até o final do século XIX, não havia uma preocupação por parte do Estado e nem da população em geral com o controle do uso de substâncias psicoativas. Na verdade o que ocorria, na maioria das vezes, era uma espécie de "controle sobre as práticas tradicionais de um crescente contingente de população negra e miscigenada, escrava ou liberta, na capital do Império, mais do que o controle sobre o uso de drogas propriamente dito." (FIORE, 2005, p. 263). O fenômeno das drogas no Brasil se transforma num problema social apenas no século XX. O uso de drogas, na modernidade, está associado à criminalização e à medicalização.

É no século XX que o uso de drogas se populariza. Já no seu início, o número de usuários de drogas cresce consideravelmente, enquanto que trabalhos científicos sobre tal temática praticamente inexistem. Dessa forma, esse assunto "[...] era abordado por autores que faziam uso de drogas e descreviam, de forma

romântica, os efeitos e os rituais que cercavam o uso de drogas. Criava na realidade uma auréola de exotismo e *status* em torno de tal prática”. Lessa (2001, p. 2)

O uso de drogas no Brasil não foi tema de discussão para a medicina até o século XX, com exceção do álcool, que sempre foi motivo de preocupação em virtude de seu uso disseminado. Na verdade, a preocupação da medicina durante o século XIX, não era o álcool, “o problema era o consumo desregrado, imoral e degenerante que ocorria principalmente nas camadas mais baixas da população” (FIORE, 2005, p. 265).

As concentrações urbanas surgidas nas primeiras décadas do século XX são vistas como *lócus* privilegiado e propiciadores para o desregramento, a doença e o vício. “A prostituição, o alcoolismo, a vadiagem e as doenças venéreas significam obstáculos para o progresso sadio da sociedade brasileira”. (FIORE, 2005, p. 265). A medicina, objetivando dar respostas a essas questões, desenvolve ações de teor moral e consolida um saber capaz de regulamentar a vida da sociedade brasileira:

Quando as drogas começaram a ganhar destaque, inclusive por meio dos próprios médicos, a medicina já desfrutava de ampla legitimidade social e não abrirá mão de entender a questão das drogas como uma questão médica (FIORE, 2005, p. 263).

Após longo período de livre circulação de drogas “O século XX acabou por proibir e estigmatizar as drogas e drogados, por considerá-los perigosos elementos desagregadores da sociedade” (VIEIRA, 1996, p. 58). Em suas primeiras décadas a indústria, o Estado e a medicina definem um mercado legítimo para comercialização e uso de algumas drogas em forma de medicamentos:

A droga é pensada como produto médico para recolocar um indivíduo dentro da normalidade social. É também alucinógeno capaz – quando usado fora do espaço de confinamento – de fomentar ou gerar no indivíduo distorções em sua personalidade. De ambos os lados, a droga afeta a chamada alma do sujeito, quer recuperando-a, quer perdendo-a. Assim, dentro da mais perfeita ordem das coisas, a droga é doença e cura, crime e lei, cujo uso é regulamentado por órgãos governamentais (PASSETTI, 1991, p. 56).

No entanto, para aquelas drogas consideradas ilegais, sua compra, venda e consumo passam a se constituir numa perturbação social e ela passa a ser tratada como **caso de polícia**. Tal proibição criou um mundo marginal e clandestino de

usuários abusivos e distribuidores de drogas. A proibição não impediu a criação de um comércio altamente rentável, nem o aparecimento de organizações poderosíssimas de traficantes, tampouco o uso massificado de drogas:

Se os Estados Unidos desempenharam, por um lado, um papel muito importante como o primeiro país que formalmente combateu o uso de ópio e disseminou uma moral abstinência [...], por outro, acabaram gerando não apenas o crescimento da máfia, com a 'lei seca', como também o comércio clandestino de drogas para atender o usuário de barbitúricos[...] a partir desse momento, a maconha, até então tolerada nos campos de plantação do sul, passou a ser incluída no rol mundial de narcóticos (PASSETTI, 1991, p. 23).

A Lei Seca, aprovada pelo Congresso dos Estados Unidos em 1919 vetava a fabricação, comercialização e consumo de bebidas alcoólicas, o que levou, em um ano após sua promulgação, à duplicação de pontos comerciais antes licenciados e que, em virtude da lei, tornaram-se clandestinos. E não é só; a lei também proporcionou o surgimento de famosos *gângsteres* como Al Capone. O Congresso norte-americano voltou atrás e votou pelo fim da Lei Seca (que foi de 1920 a 1933). A Indústria do álcool passa a crescer na legalidade e o Estado a arrecadar muitos impostos com essa indústria.

Se o álcool passa a ser uma droga lícita, ao longo do século XX outras substâncias psicoativas ganham estatuto de ilegalidade. É o caso de substâncias como a maconha e a cocaína:

[...] inaugura-se um potente mercado ilícito a mobilizar empresários clandestinos, agências governamentais de repressão, bancos, parlamentares, consumidores, negociadores de drogas ilícitas e um sem número de atores, que nos lados legal e ilegal da economia, se dedicaram direta ou indiretamente ao grande negócio emergente do tráfico de substâncias psicoativas (RODRIGUES, 2005, p. 295).

Nos anos 50 sob o lema: 'viva melhor com a química' é a vez dos tranqüilizantes tornarem-se produto popular e ganharem grande aceitação, não apenas por parte de seus usuários, mas também pela classe médica, sobretudo os psiquiatras, e ainda, pela indústria farmacêutica que passa a obter grandes lucros com as vendas. Segundo Lessa (2001, p. 2), "situações que eram consideradas mazelas existenciais começaram progressivamente a ser tratadas com esses

calmantes que ajudam a aliviar as tensões do dia e permitem um sono mais tranquilo [...]”.

A proposta de uso de drogas mais disseminada surgiu nos anos 60 com o movimento *hippie*, fenômeno sócio-cultural que popularizou as drogas perturbadoras⁹, levando a um crescimento do número de pessoas que delas faziam uso como manifestação simbólica dos seus ideais no processo de contracultura, isto é, colocavam-se em xeque os pilares da cultura ocidental através de um processo de apologia ao uso de drogas psicoativas como potencializadoras de uma outra percepção do mundo. Dessa forma, os jovens contestavam radicalmente os valores das sociedades ocidentais industriais, através do uso de drogas, de suas vestimentas e dos sucessos musicais em apologia às drogas.

Os anos 70 são marcados pela guerra do Vietnã e estímulo aos depressores como a heroína. Nesse período, as drogas se transformam em mercadoria, em poderosa indústria de mercado promissor; configuram-se em situação epidêmica. Sua ideologia anterior, agora ressignificada, está atrelada à ideologia do consumo e como tal “[...] passa a ser determinado pela multiplicação de capital, pela administração e imposição de sua lógica, circulação e modo de consumo [...]” (MOURÃO, 2002). Há uma grande expansão dos traficantes atingindo todas as camadas sociais. A droga passa a ser uma mercadoria e o tráfico uma empresa como qualquer outra, e traficar, uma profissão extremamente rentável, apesar da informalidade e ilegalidade.

Um movimento ligado ao tráfico de drogas ocorre no Brasil, mais precisamente no Rio de Janeiro, na década de 80, de forma similar ao ocorrido nos Estados Unidos. Trata-se de uma organização ilícita ligada ao tráfico de drogas, de grande repercussão no país: O Comando Vermelho. A partir de certo recuo do Comando Vermelho, em virtude de rachas internos e da política de repressão ao tráfico de drogas adotada pelo Estado, surge, nos anos 90, um grupo rival denominado Terceiro Comando Puro. Os líderes, tanto de um grupo, quanto do outro, são publicamente conhecidos pela imprensa brasileira:

⁹ São aquelas que alteram a percepção, desordenando o funcionamento do cérebro.

[...] traficantes estabeleceram nichos de autoridade nos quais assumiram funções de Estado, legislando e aplicando a lei. Nesse movimento, a conquista de alvéolos de poder ficava condicionada à capacidade do grupo narcotraficante em conseguir o apoio da população local; chancela alcançada em parte pela força – com o medo da repressão violenta aos transgressores, em parte pela filantropia, principalmente pela assistência a necessitados (doentes, crianças, gestantes e idosos) e pelo patrocínio de festas e melhorias na comunidade (RODRIGUES, 2005 p. 305).

Nessa direção, o consumo de drogas foge ao controle social e passa a se constituir, verdadeiramente, num problema social e econômico. Assim sendo, torna-se um problema passível da intervenção do Estado. Obviamente que tal intervenção se configura muito mais em ações de contenção do uso de drogas do que em uma política pública integrada na área de álcool e outras drogas. Dessa forma, de acordo com Passeti (1991, p. 15) “[...] a ciência aparece construindo, esquadrinhando, propondo e definindo os problemas sociais em áreas específicas, através de estudos interdisciplinares, com o objetivo de conter e administrar soluções possíveis”.

O uso e o combate às drogas tomam maiores proporções quando geram problemas sociais, os quais, através de dispositivos médicos, policiais e jurídicos procuram ser resolvidos. Um quarto elemento é a Psiquiatria que, a partir de uma visão de distúrbio mental e desvio de personalidade do uso de drogas, traz como pressuposto para o problema das drogas o enfrentamento com outras drogas, obviamente drogas legais, ficando para a responsabilidade policial o combate tanto às drogas ilegais, quanto ao uso ilegal. Dessa forma, de acordo com Passeti (1991, p. 46) “cabera à polícia a vigilância, e à Psiquiatria a receita adequada”. Estes elementos combinados contribuem para o processo normativo da vida social, isto é, contribuem para a manutenção da ordem.

No Brasil, a partir da segunda metade do século XIX, busca-se garantir a manutenção da ordem mediante dispositivos de observação, intervenção e regulação do controle dos hábitos das populações. Mas o que são hábitos? O que são vícios? Definir tais conceitos não é fácil e nem objeto do presente estudo. O que nos interessa saber é que a autonomia, a liberdade e os direitos individuais das pessoas, em âmbito neurofarmacológico, continuam até os dias atuais sob a tutela de autoridades policiais e médicas. Neste sentido:

Ao compararmos drogas e alimentos, o que as diferencia é o regime jurídico e político que regula o direito à livre escolha. Não nos referimos aos obesos como viciados em comida, nem aos açougueiros ou às doceiras como traficantes de colesterol ou de açúcar. Não ocorrem tampouco proibições de propaganda desses alimentos ou a imagem de obesos e diabéticos nos pacotes de açúcar (CARNEIRO, 2005b, p. 21).

Com o objetivo de regular os hábitos das populações, em 1921, no governo de Epitácio Pessoa, surge uma proposta de mudança no Código Penal, onde se discute sobre o assunto das drogas com a participação, além de juristas e policiais, também de médicos. Como resultado, surge o Decreto 4.294, que prevê punição com prisão para venda de cocaína, ópio e seus derivados e a internação compulsória em estabelecimento correccional adequado para

[...] embriaguez 'por hábito' que acarretasse atos nocivos 'a si próprio, a outrem, ou à ordem pública' [...] Com um novo decreto no mesmo ano (14.969), foi tipificada na legislação brasileira, pela primeira vez, a figura jurídica do toxicômano numa legislação brasileira. Criava-se para tratá-lo (ou corrigi-lo), o 'sanatório para Toxicômanos', e sua internação poderia ser requerida por ele próprio, pela família ou por um juiz (FIORE, 2005 p. 267).

No sentido de um maior controle das populações, os Estados Unidos e alguns países da Europa vivenciaram um movimento social denominado de Temperança, ocorrido no século XVIII o qual "marca a divisão de uma posição mais liberal em relação ao álcool para uma posição mais moralista, relacionada à igreja protestante." (SÁAD, 2001, p. 12). Tal movimento, no entanto, não se restringe apenas a questões relacionadas ao álcool e seus usuários:

Trata-se de um momento social americano onde muitas variáveis estão sendo mudadas e rediscutidas; além disto, não se pode deixar de lado o caráter moral e religioso deste período (SÁAD, 2001, p. 14).

No período colonial americano difundia-se o hábito de beber que estava presente nas comemorações e festividades. A embriaguez não era objeto de preocupação, tampouco de estigma. Havia algumas reclamações quanto às

pessoas que bebiam com frequência, mas, no geral, esse hábito era bem tolerado. “Neste período, ‘adicto’ significava ‘habitado’ e as pessoas eram habituadas à bebedeira, mas não a bebida”. (SÁAD, 2001, p. 12).

No entanto, no século XVIII o álcool é visto como um problema e as pessoas que dele faziam uso eram vistas como ‘degenerados’ e ‘fracos de caráter’. O uso de álcool passa a ser visto como uma doença. Em 1810 o médico Benjamin Rush

[...] desenvolve o conceito de dependência do álcool e, segundo ele, os bêbados eram adictos à bebida e esta dependência era progressiva e gradual. Como solução para o problema, ele propunha que os adictos deveriam se abster do álcool de forma repentina e abrangente (SÁAD, 2001, p. 12-13).

Esse pensar perdura em muitos tratamentos até os dias atuais. Nesse período, o problema referente ao álcool não é atribuído à pessoa que faz o uso, mas à própria substância, o álcool, sendo o usuário uma vítima da bebida. No entanto, alguns problemas relacionados ao álcool como espancamentos de esposas e filhos e perda de emprego fazem com que a cultura e a religião protestantes vejam o usuário de álcool como um problema social, diante da dificuldade de parar de beber. Supõe-se a hereditariedade do alcoolismo, embora admita-se, também, ser adquirido.

Nesse período proibicionista o problema do uso abusivo de álcool muda de foco: o usuário já não é mais vítima, e sim uma ‘peste e ameaça’ à sociedade, isto é, o problema era do indivíduo e não do álcool. Tal mudança legitima o conceito de doença atribuída ao alcoolismo. “Agora o álcool poderia ser entendido como uma droga socialmente aceitável, ‘domesticável’ e ‘aditiva somente para algumas pessoas por razões ignoradas’”. (SÁAD, 2001, p. 15).

Apesar de a visão de doença da embriaguez ter suas raízes no século XVIII, esta só é, de fato, considerada doença no século XIX, a partir da descoberta da dependência que está associada a conceitos do século anterior como tolerância e abstinência. O problema da dependência “deixa de ser um problema relacionado ao clero e aos moralistas para ocupar um lugar no ‘saber médico’”. (SÁAD, 2001, p. 15).

Embora o Brasil não tenha vivenciado um movimento de Temperança, a exemplo do vivido nos Estados Unidos, vivenciou um movimento repressivo ao uso

de álcool, obviamente assumindo especificidades culturais, econômicas, sociais, morais e políticas pertinentes à realidade brasileira e ao pensamento da época.

Dessa forma, em consonância com o pensamento da época e da escola alemã, que por sua vez está pautado no biologismo eugênico, é criada no Brasil, especificamente no Rio de Janeiro, em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel, a Liga Brasileira de Higiene Mental – LBHM, que se apresenta muito mais com um teor ideológico que científico. Seu objetivo inicial “era o de melhorar a assistência aos doentes mentais, através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos” (LOPES apud COSTA, 1976, p. 31). Três anos após sua criação, no entanto, os projetos da LBHM perdem o foco inicial e passam a visar a prevenção, a eugenia e a educação dos indivíduos.

Neste sentido, o foco de cuidado dos psiquiatras deixa de ser o doente, e sim as pessoas normais, já que a prioridade não é mais a cura, e sim a prevenção. Seguindo o caminho da prevenção, os psiquiatras entram no domínio cultural e se definem como higienistas. A higiene mental se apresenta como teoria geral orientando, assim, a prática psiquiátrica que está pautada na eugenia definida como “o estudo dos factores socialmente controláveis que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto *physica* quanto mentalmente” (PEQUIGNOT apud COSTA, 1976, p. 35).

O pensamento eugênico tem grandes repercussões e aceitabilidade na intelectualidade brasileira, nas três primeiras décadas do século XX, visto que a eugenia ajudou a solucionar problemas referentes à crise do sistema republicano que era atribuída às condições naturais características do Estado Brasileiro:

O Brasil estava sacudido por revoltas sociais e crises econômicas não por causa da imaturidade histórica e política das elites dirigentes, mas – segundo eles – por causa do clima tropical e da constituição étnica do povo. O brasileiro não tinha podido promover o desenvolvimento harmônico do país porque o calor e a mistura com ‘raças inferiores’ tinham-no tornado preguiçoso, ocioso, indisciplinado e pouco inteligente. Infelizmente nada podia ser feito contra o clima. Em contrapartida, o problema racial ainda podia ser resolvido (COSTA, 1976, p. 36).

Este pensamento vai permear todos os programas de higiene mental da LBHM, dentre eles, especificamente as medidas combativas ao alcoolismo. Os psiquiatras da LBHM recebem o apoio do governo da Revolução de 30 em suas

campanhas antialcoólicas, intensificando a vigilância policial aos usuários de álcool e criando o Departamento Nacional de Saúde que também adere à proposta da LBHM de combate ao alcoolismo. Trata-se de um sistema médico-policial de combate ao alcoolismo. As campanhas antialcoólicas da LBHM se mostram ineficientes, motivo pelo qual os psiquiatras da mesma instituição solicitam medidas cada vez mais autoritárias de combate ao alcoolismo:

O alcoolismo, embora fosse um problema efetivamente grave na época, estava longe de ser o flagelo em que os psiquiatras queriam transformá-lo. As medidas repressivas pedidas para o combate ao alcoolismo revelam não a importância do problema, mas a crença que eles tinham na possibilidade de intervir eugenicamente no nível da sociedade (COSTA, 1976, p. 48).

Trata-se de uma análise equivocada do problema, a qual, muitas vezes, se apresenta alheia à Psiquiatria. Sob influência do pensamento antiliberal, a LBHM elabora um projeto de lei proibicionista ao álcool, a exemplo da americana, o qual foi recusado pelo Congresso Nacional. Os métodos autoritários propostos pelos psiquiatras em combate ao alcoolismo são resultado, muito mais de suas convicções pessoais de governar um país, que de cuidados médicos. Essa prática psiquiátrica com métodos policialescos para o tratamento das doenças mentais, entre elas o alcoolismo, tem respaldo teórico na Psiquiatria alemã. O foco da LBHM não era combater a doença mental e, sim, as qualidades morais dos doentes mentais.

No Brasil até as primeiras décadas do século XX, os considerados loucos e, conseqüentemente, usuários de drogas são trancados em asilos onde recebem apenas alguns cuidados simples e, quando muito, apoio social. Os psiquiatras, até então denominados de alienistas, não dispunham de terapias efetivas para o trato dos alienados, fato que deu margem para o uso abusivo de práticas empíricas equivocadas e ineficientes. Apesar da evolução nos estudos sobre a mente e da revolução no tratamento das doenças mentais, algumas terapias disponíveis no período entre 1940 e 1960 confundem-se com o barbarismo. Isto porque tais práticas são, sobretudo, cronificadoras e violadoras dos direitos humanos.

Vários são os modelos de tratamento para dar conta do mal das drogas. Esse controle dá-se a partir do que se considera como causa para o uso de drogas. A sociedade americana foi a que mais desenvolveu estudos acerca de modelos de tratamento para o uso de drogas, tendo como substância base o álcool. No entanto,

é atribuído à heroína o estopim para o combate às drogas e às formas de abordagens e tratamentos. O Brasil, assim como outros países da América Latina, importa esses modelos, entre os quais, os mais conhecidos são: o modelo psiquiátrico, o modelo comportamental, o modelo relacional.

As respostas das sociedades no trato aos usuários de drogas confundem-se com a história das respostas dadas à loucura. Isso porque as sociedades clássicas acreditavam que todos aqueles que apresentavam um comportamento diferenciado dos ditos “normais”, sobretudo, se se mostrassem agitados e agressivos, eram loucos. Tudo o que não se entendia ou se discordava, era considerado loucura:

O atendimento psiquiátrico sem dúvida é a resposta mais antiga que a sociedade encontrou para se opor e, de fato, se defender contra a presença, em seu meio, de sujeitos que recorrem a drogas para escapar a um enquadramento que acham inaceitável (BUCHER; COSTA, 1988, p. 69).

A prática psiquiátrica constitui-se em mais um elemento repressivo em favor de uma sociedade excludente. Bucher; Costa, 1998 lembra-nos um fato importante, referente ao não voluntariado das consultas psiquiátricas: o usuário de drogas é geralmente levado para o hospital psiquiátrico pela família ou pela polícia:

[...] ele será internado para sofrer uma ‘cura de desintoxicação’... Ali o espera o tratamento psiquiátrico clássico: assimilado aos ‘doentes mentais’, recebe um tratamento medicamentoso que muitas vezes não difere da ‘camisola’ química que condiciona os pacientes psicóticos. Curas de sono, curas de Sackel, eletrochoques, células de isolamento e outras parafernálias lhe são aplicados – não somente para permitir a ‘desintoxicação’, mas também, numa intenção nem sempre camuflada, para puni-lo pelas transgressões cometidas (BUCHER; COSTA, 1988, p. 70).

Após um significativo período de abstinência e, conseqüentemente, de sofrimento físico e psíquico, o usuário de drogas desacostuma-se ao uso de drogas. No entanto, não podemos afirmar que essa prática, com um enfoque meramente biológico surta grandes efeitos, pois, saindo do hospital, muitos retornam ao uso de drogas como forma de aliviar os sintomas da abstinência. Esse período denominado de desintoxicação, de acordo com Bucher e Costa, (1988) produz mutilações

psicológicas profundas o que provoca um rápido retorno às drogas e a falta de vontade de voltar a procurar ajuda em instituições psiquiátricas.

Não queremos dizer com isso que o período de desintoxicação não seja importante, entretanto, não resolve o problema, por si só. A desintoxicação deve ser considerada apenas a fase inicial do tratamento que deve ser continuado, com a tentativa de motivar o usuário de drogas a libertar-se do uso abusivo de drogas, ou ainda reduzir seus prejuízos, uma vez que o uso abusivo de drogas é uma doença crônica, exigindo, por isso, um acompanhamento sistemático.

O modelo comportamental surge nos Estados Unidos e tem na psicologia experimental sua referência para desenvolver técnicas de modificação do comportamento e se apresenta, por certo tempo, como solução ideal para alguns tipos de 'distúrbios do comportamento', entre eles, o uso abusivo de drogas que se dá através do aumento da capacidade de controle. Controle aqui entendido não apenas enquanto controle do uso de drogas pelo usuário, mas também o controle da sociedade sobre os usuários de drogas tidos como desviantes e 'marginais'.

Diante de tais características, o poder público logo se interessa por essas técnicas, visto que elas se apresentam como instrumentos eficazes de repressão e controle do uso de drogas e de substituição dos métodos psiquiátricos tradicionais. Trata-se de um adiestramento, nem sempre sutil, com o objetivo de reintegrá-los, de torná-los pessoas úteis à sociedade, de padronizar comportamentos. "Os drogados, portanto, são condicionados, adestrados, amestrados *de fora*, por métodos que lhes são impostos, muitas vezes, sob a ameaça de uma hospitalização psiquiátrica ou de uma indicição policial" (BUCHER; COSTA, 1988, p. 73).

De acordo com Bucher e Costa (1988), essas técnicas são, na maioria das vezes, desenvolvidas com indiferença e burocraticamente, o que provoca uma perda da capacidade comunicativa, como também uma limitação da criatividade e da responsabilidade pessoal, em virtude da automatização do comportamento. Não são poucos os que abandonam esse tipo de tratamento rígido, onde os erros são severamente punidos. Outros se mantêm, por falta de opção; há ainda aqueles que se acostumam à nova dependência do condicionamento do comportamento, isto é, a droga de substituição é a obediência. Trata-se de um método pouco humano, mais controlador e pouco eficiente.

Nesse tipo de prática também pode ser utilizada como droga de substituição a mensagem religiosa. É uma desintoxicação que ocorre pela religião e uma re-intoxicação ideológica, uma vez que muitos desenvolvem uma espécie de fanatismo. Essas práticas

[...] preconizam uma disciplina rigorosa e estabelecem um estrito controle sobre os sujeitos que aceitam o confinamento em suas instituições. Ali eles são submetidos a uma lavagem cerebral que lentamente os transforma em cordeiros benévolos, embora mentalmente decotados (BUCHER; COSTA, 1988, p. 74).

Nos casos em que a droga de substituição é a religião, ocorre um maior número de experiências bem sucedidas, talvez pelo fato de um ambiente mais acolhedor, da ideologia e convicção religiosa que dá o sentido de pertença, similar a quem faz uso de drogas.

Uma outra droga de substituição é a metadona. Trata-se de uma droga sintética, controlada pelos poderes públicos com criteriosidade, para uso adequado e racional com acompanhamento e monitoramento de quanto e quando se faz necessário. Uma vez que o usuário de drogas participe do programa da metadona, muito provavelmente deverá receber assistência continuamente; no entanto, o uso dessa substância possibilita certa vida social e profissional, apesar de as mesmas serem desenvolvidas sem liberdade, responsabilidade e prazer; tratando-se de uma liberdade condicional inserida num controle social.

Por outro lado, a metadona se mostra eficaz no que se refere aos efeitos indiretos do uso abusivo de drogas, isto porque “[...] ela exerce um forte efeito sedativo e analgésico. [...] Ela não é diretamente prazerosa, mas elimina a cruel sensação de ‘falta’, induzindo um bem-estar relativamente ‘neuro’”. (BUCHER; COSTA, 1988, p. 75). Neste sentido, a metadona se configura como uma estratégia de intervenção de redução de danos.

O modelo relacional tem como instrumento terapêutico as relações intersubjetivas e está pautado na teoria psicanalítica. Dessa forma, esse tipo de tratamento tem maiores possibilidades de ser bem sucedido, se sua entrada for voluntária. No entanto, ocorre com frequência usuários de drogas serem encaminhados por familiares e a justiça, o que dificulta sua adesão ao tratamento. O

usuário de drogas desconfia das intenções da instituição, vê nela uma extensão repressiva, dificultando o surgimento de qualquer vínculo afetivo.

No modelo relacional é de extrema importância o trabalho ser desenvolvido por uma equipe interdisciplinar, tendo como pano de fundo um ambiente acolhedor, descontraído, flexível e desburocratizado, o que não significa dizer que não devam existir regras de funcionamento. Nesse tipo de tratamento também pode ocorrer uma substituição da droga pela dependência do terapeuta, fato que geralmente ocorre no início do tratamento, sendo apenas uma fase a ser superada com a seqüência do acompanhamento.

Esses foram os principais modelos de tratamento destinados aos usuários abusivos de drogas que antecederam os modelos preconizados pela Reforma Psiquiátrica, mais especificamente a Brasileira. Esses modelos serviram de base para pensar o modelo de tratamento psicossocial (modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica). Neste sentido, a política dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS no país, traduz o percurso de necessidades terapêuticas que perpassa esses três modelos e busca, através desse percurso, identificar os aspectos positivos dos mesmos resultando no dispositivo psicossocial.

Dessa forma, é natural encontrar uma ou outra característica dos modelos psiquiátricos, comportamental e relacional nas instituições de cuidados que referendam sua prática no modelo psicossocial. Assim é o caso do CAPSad II – leste uma vez que presta assistência psiquiátrica aos seus usuários, mas o faz de forma diferenciada, sem o teor repressivo e sem a idéia de ser a solução única para o problema do uso abusivo de drogas. O CAPSad II - leste, a exemplo do modelo comportamental, também utiliza uma programação disciplinar a fim de restabelecer ou reaprender modos de convivência.

O CAPSad II – leste também utiliza como recurso terapêutico a espiritualidade. Tal recurso não faz parte da proposta de tratamento do CAPSad II – leste; este é utilizado muito mais por uma demanda dos usuários. Talvez tal fato esteja relacionado à origem dos hospitais psiquiátricos que adveio em sua grande maioria de entidades filantrópicas e religiosas, como por exemplo, as Santas Casas de Misericórdia ligadas à igreja. Dessa forma, a primeira atividade do dia CAPSad II – leste é iniciada com a recitação do **Pai Nosso**.

A entrada no tratamento do CAPSad II – leste, mesmo quando os usuários são encaminhados pela justiça, dá-se de forma voluntária, tal como preconizada pela abordagem relacional. Ainda de acordo com a abordagem relacional, o CAPSad II - leste dispõe de uma equipe interdisciplinar. De acordo com Bucher e Costa (1988, p. 80). “[...] qualquer que seja a prática, ela só atingirá resultados positivos quando exercida no respeito da pessoa humana que o outro é, seja ele até ‘viciado’ em drogas”.

As exigências de respeito aos direitos humanos e da pessoa humana possibilitam, após o término da Segunda Grande Guerra, a discussão sobre formas de tratamentos, não apenas médicos, para os considerados doentes mentais, entre eles usuários de drogas. Essa discussão ganha força em todo mundo no sentido de reformar ou até negar o saber psiquiátrico.

Nesta direção surgem, no mundo inteiro, diversas experiências de reformas psiquiátricas. Algumas dessas experiências permanecem com a idéia de que o manicômio é *locus* privilegiado de tratamento das doenças mentais. Outras experiências de reforma se propõem a estender a Psiquiatria ao espaço público, com o intuito de prevenir e promover a saúde mental. Tais experiências de reformas psiquiátricas alicerçaram o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, questão a ser tratada na próxima sessão.

SESSÃO III: A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E EM NATAL-RN

3.1 Outros modos de olhar: A reforma psiquiátrica brasileira

O que será, que será? Que andam suspirando pelas alcovas? Que andam sussurrando em versos e trovas? Que andam combinando no bréu das tocas? Que anda nas cabeças, anda nas bocas? Que andam acendendo velas nos becos? Que estão falando alto pelos botecos?...

Chico Buarque

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, parte da Reforma Sanitária, expressa e incorpora em suas proposições e propostas de tratamento o acúmulo de reflexões quanto às abordagens de diversas propostas de Reformas Psiquiátricas ocorridas nos Estados Unidos e Europa no período pós-guerra. Nesse sentido, para discutir a Reforma Psiquiátrica Brasileira, realizaremos um resgate histórico das diversas proposições de reformas psiquiátricas que serviram de base para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O período pós-guerra torna-se palco de críticas e reformas do espaço asilar. Tal fato é impulsionado pelo clima de terror que as experiências nazistas e a bomba atômica deixaram nas populações de todo o mundo e pela intolerância que estas desenvolveram em relação à violação dos direitos humanos. Vistos como campos de concentrações, não só pelas condições desumanas lá existentes, mas, sobretudo, porque o asilo não cumpre a função de recuperação dos doentes mentais e, ainda, por ser responsabilizado pelo agravamento das doenças, o hospital psiquiátrico sofre diversas tentativas de reformas humanitárias, até uma proposta de ruptura total com o asilo, que surge a partir do movimento da Antipsiquiatria e das experiências posteriores às de Franco Basaglia.

De acordo com Amarante (2000, p. 27), “[...] as reformas posteriores à reforma de Pinel procuram questionar o papel e a natureza, ora da instituição asilar, ora do saber psiquiátrico [...]”. Trata-se de movimentos reformistas e de ruptura da Psiquiatria, a saber: Comunidade Terapêutica, Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor, Psiquiatria Preventiva, a Antipsiquiatria e as experiências de Desinstitucionalização, nascidas a partir do trabalho de Franco Basaglia.

A comunidade Terapêutica surge na Inglaterra, nos 50, a partir da idéia de Maxwel Jones, de negar ao asilo a função de recuperação dos pacientes; pelo contrário, o mesmo afirma que, muitas vezes, ao invés de promover a recuperação, o asilo acaba por agravar o quadro do paciente:

[...] O termo comunidade terapêutica passa a caracterizar um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma transformação da dinâmica institucional asilar (AMARANTE, 2000, p. 28).

Essa participação dos pacientes dá-se no âmbito da organização das atividades, na gerência hospitalar e nas terapêuticas utilizadas. Tudo é discutido em reuniões e assembléias, onde a liberdade de comunicação de cada paciente é garantida. A função terapêutica envolve, não apenas os pacientes, mas também os técnicos, familiares e a comunidade. Outra terapêutica utilizada nas Comunidades Terapêuticas, além da comunicação e da participação, está centrada no trabalho com a utilização da 'terapia ativa' ou terapia ocupacional, a qual é considerada de extrema importância na recuperação dos internos. Nessa proposta, o foco do tratamento não é individual, e sim grupal.

Já a Psicoterapia Institucional surge com François Tosquelles na França. A mesma considera, conforme Amarante (2000, p. 32), "que as próprias instituições têm características doentias e que devem ser tratadas". Seu objetivo principal está pautado na idéia de que o hospital psiquiátrico tem como função primeira curar e tratar os acometidos por doenças mentais; no entanto, com o passar dos anos, foi perdendo esta finalidade para a violência e a repressão. Tosquelles acredita que, modificando o espaço asilar, isto é, humanizando-o, este é capaz de encontrar a cura das doenças mentais e, assim, reinserir o interno no convívio da sociedade.

Tanto as Comunidades Terapêuticas quanto a Psicoterapia Institucional restringem-se a reformas em âmbito asilar. Ambas não visualizavam uma prática de assistência psiquiátrica fora do espaço asilar, o qual é considerado *locus* privilegiado no tratamento das doenças mentais. Trata-se de experiências com o objetivo de humanizar o tratamento psiquiátrico nos asilos, a partir da pedagogia da

sociabilidade, e não de questionar o saber psiquiátrico, a função do asilo e o poder dos técnicos.

A Psiquiatria de Setor nasce na França, inspirada nas idéias progressistas de Bonnafé e de um grupo de psiquiatras inconformados com a situação dos manicômios; portanto, a Psiquiatria de Setor, apesar de se constituir em experiências anteriores a Psiquiatria Institucional, opõe-se à Psiquiatria Asilar. Tal saber/prática tem o objetivo

[...] de levar a Psiquiatria à população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento do doente, sujeito de uma relação patológica familiar, escolar, profissional, etc. [...] o paciente será tratado dentro do seu próprio meio social e com o seu meio, e a passagem pelo hospital não será mais do que uma etapa transitória do tratamento (FLEMING apud AMARANTE, 2000 p. 34).

Dessa forma, a internação se constitui em apenas uma etapa do tratamento, até porque não se vê a possibilidade de recuperação da função terapêutica no espaço asilar. O tratamento deve ser continuado no próprio meio social e cultural do paciente, evitando assim, a segregação e o isolamento. Essa proposta desenvolve-se e torna-se política oficial, sobretudo, por causa do alto custo do tratamento psiquiátrico tradicional; no entanto, os resultados conseguidos com a Psiquiatria de Setor não são os esperados. Há uma resistência, por parte de alguns intelectuais que atrelam tal prática à política e ideologia da Psiquiatria; e por setores conservadores, temerosos de os loucos invadirem as ruas, pelo alto custo de implantação dos serviços preventivos e pós-tratamento e, ainda, por desconsiderarem o campo da inclusão e da cidadania.

A Psiquiatria Preventiva surge nos anos 60, nos Estados Unidos, sob forte influência de Gerald Caplan. Tem o objetivo de intervir nas causas, ou no surgimento das doenças mentais, almejando não apenas a prevenção, mas a promoção da saúde mental. Acredita-se que todas as doenças mentais podem ser prevenidas; daí, parte-se numa busca incessante para encontrar suspeitos de distúrbios mentais ou emocionais, isto é, candidatos a tratamento psiquiátrico. Tal busca era feita através de questionários entregues à comunidade.

As propostas pautadas no preventismo: a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, apesar de inspirarem vários modelos assistenciais oficiais, ou alternativos - como a Desinstitucionalização - e representarem um avanço, ao

buscarem a superação das reformas no âmbito do espaço asilar, não questionam a competência da Psiquiatria no trato das doenças mentais, as relações de custódia e tutela que a mesma mantém com os doentes mentais, nem tampouco, a idéia de periculosidade social atribuída pela Psiquiatria aos doentes mentais. A crítica ao saber psiquiátrico fica a duas outras abordagens: a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana.

O movimento contracultural denominado Antipsiquiatria é contemporâneo a outros movimentos *underground* nascidos na Inglaterra na década de 60, como é o caso do movimento *hippie*. A Antipsiquiatria inicia-se com os trabalhos de Laing e Cooper. Este movimento denuncia os valores e as práticas psiquiátricas, questionando não somente a Psiquiatria, que não vinha dando respostas aos problemas surgidos com a doença mental, mas à própria doença mental enquanto doença, uma vez que não se obtém êxito em seus tratamentos. Segundo Amarante (2000, p. 43), “a antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais”.

Temos uma mudança significativa quanto ao entendimento da loucura. A mesma é entendida pela Antipsiquiatria, muito mais como um fator político, social, um desequilíbrio familiar, até mesmo uma experiência de libertação, que uma doença mental; portanto, não necessita de um tratamento. O principal instrumento terapêutico utilizado pelo movimento antipsiquiátrico está referendado na liberdade. “O método terapêutico da antipsiquiatria não prevê tratamento químico ou físico e, sim, valoriza a análise do ‘discurso’ através da ‘metanóia’, da viagem ou delírio do louco, que não deve ser podada”. (AMARANTE, 2000, p. 44).

De todas as reformas sofridas pela Psiquiatria, a Desinstitucionalização é a que apresenta uma leitura da realidade de forma mais crítica, histórica, política e democrática. Em verdade, o processo de desinstitucionalização não tem o objetivo de reformar o hospital psiquiátrico, e sim negá-lo, superá-lo. Tem como objetivo, ainda, recuperar a complexidade das doenças mentais, o que se torna inviável, apenas com o saber da Psiquiatria. Esse movimento surge a partir das experiências e reflexões de Franco Basaglia, no final dos anos 60, em Gorizia e Trieste, ambas situadas no norte da Itália.

Longe de ser uma experiência de tipo ideal, pronta e acabada, de uma experiência exemplar capaz de ser transportada, a prática de Trieste se apresenta

como uma prática que visa transformar, produzir, desconstruir, desmontar, emancipar, reconstruir, negar, transcender, enfim, trata-se de uma prática que tem como objetivo maior construir uma outra realidade, a partir da mobilização dos sujeitos enquanto atores sociais constitutivos desse processo, e também, desmistificar e desmontar “formulações tidas como verdade em nossa estrutura social: o mito da periculosidade do louco, o conto de fadas de que o manicômio trata e a ideologia da neutralidade da ciência psiquiátrica”. (NICÁCIO, [1990?] p. 93).

O processo de Desinstitucionalização, diferentemente das experiências anteriores, não tem como objetivo a cura. “O problema não é cura (a vida produtiva), mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa”. (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p. 30). Neste sentido, como não se persegue mais a cura como solução, a terapia se configura num “conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento” (ROTELLI; LEONARDIS; MAURI, 2001, p.29).

Trata-se, não apenas da invenção da saúde, mas também da reprodução social do paciente. A produção de uma nova cultura de relações permite ressignificar os papéis dos trabalhadores “[...] a emancipação diz respeito a todos; evidentemente a relação agora é uma nova relação porque não se trata do louco ‘inábil, incapaz e perigoso’ mas do louco cidadão; [...]” (NICÁCIO, [1990?], p. 100). E como cidadão que é, tem direito a um tratamento não coercitivo e punitivo, um tratamento onde não exista relação de poder entre paciente e trabalhador da saúde e onde sua singularidade seja respeitada. Neste sentido, o processo de Desinstitucionalização propõe novas estruturas capazes de substituir, por completo, o manicômio.

Nessa direção, a estratégia de reabilitação psicossocial configura-se numa prática totalmente substitutiva ao modelo asilar. Reabilitação psicossocial é entendida aqui, conforme Pitta (2001, p. 9),

[...] numa ética de solidariedade que facilite aos sujeitos com limitações para os afazeres cotidianos, decorrente de transtornos mentais severos e persistentes, o aumento da contratualidade efetiva, social e econômica que viabilize o melhor nível possível de autonomia para a vida comunitária.

Não se trata, portanto, de simplesmente habilitar um usuário **desabilitado**, ou ainda capacitar um paciente **incapacitado**; trata-se, muito mais, de uma exigência ética, uma vontade política quanto às abordagens referentes à totalidade dos problemas de saúde mental. Sobre essa ética e vontade política perpassa a construção da cidadania plena, a qual depende da contratualidade em casa, no trabalho e na rede social. Trata-se de um processo contratual, a fim de ampliar sua autonomia, entendida aqui, conforme Kinoshita (2001, p. 57), “como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrentem”.

Não obstante os bons resultados provocados pelo processo de experiências de reformas psiquiátricas, o mesmo se configura em um processo complexo, não linear, e, portanto, inviável de ocorrer em outras localidades, sem levar em consideração as resistências e forças de ordem política, econômica e de atores sociais específicos a cada realidade. No Brasil, no entanto, essas experiências apresentam, em comum, certa marginalidade; isso porque se caracterizam, enquanto “experiências locais, referidas a um ou outro serviço, a um ou outro grupo. Tão à margem das propostas e dos investimentos públicos efetivos, que suas memórias são de difícil, senão impossível, resgate”. (AMARANTE, 2002, p. 79).

Muito provavelmente, esse insucesso no Brasil está relacionado à própria história de omissão do Estado brasileiro, no tocante à saúde, sobretudo a saúde mental. Em consequência disso, expande-se o setor privado de saúde. No início do Século XX não há uma assistência pública de saúde no Brasil. Esta ocorre de maneira filantrópica ou particular. Nos anos 20, a partir de reivindicações do movimento operário, especificamente dos marítimos e dos ferroviários, surgem as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAPs - as quais funcionam no interior da empresa, cabendo ao Estado desenvolver apenas o papel de mediador de conflitos. Com o governo de Vargas a assistência à saúde passa a ser vista como algo possível e criam-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs - também restritos a algumas categorias profissionais.

Somente na década de 60, o Estado brasileiro toma para si a responsabilidade de administrar a assistência à saúde. Tal fato ocorre a partir da unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS - através do Decreto nº 72. Dessa forma, o

acesso à previdência está atrelado, necessariamente, à contribuição previdenciária. Com o pretexto de prestar uma melhor assistência aos usuários, cresce o número de contratação de serviços médicos, sobretudo, serviços de assistência psiquiátrica. Assim sendo:

O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizada grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se, definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total de recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar (AMARANTE, 2002, p. 79-80).

Esse sistema de saúde curativista, assistencialista e privatizante, além de ser, em parte, responsável pela crise financeira da Previdência social ocorrida nos anos 80, também é responsável, aliado à inadequação das propostas primárias de superação dos asilos e à resistência dos empresários e seus representantes no aparelho de Estado, pelas práticas tardias, incipientes e fragmentadas das experiências inovadoras em saúde mental.

Entre essas experiências inovadoras, a Desinstitucionalização exerce grande influência no Brasil, que tem o primeiro contato com essa experiência no final da década de 70, quase uma década depois da experiência de Trieste, com a vinda ao Brasil de Franco Basaglia, Robert Castel, e Erving Goffman, para ficar com os mais conhecidos intelectuais representantes do pensamento crítico em saúde mental. A partir de então, desponta em todo o país, de forma mais efetiva, um movimento da sociedade civil na direção da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Segundo Amarante, deve-se entender a Reforma Psiquiátrica como

Um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concretamente e, principalmente, a partir da conjuntura de redemocratização em fins da década de 70. Tem como fundamentos apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também – e principalmente – uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a

movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 2000, p. 87).

Durante o período de redemocratização do país, o Brasil vive um período político peculiar. Trata-se do processo de transição do Regime Militar, instaurado com o golpe de 1964, para um regime de ordem democrática, processo ocorrido entre as décadas de 70 e 80. Tal processo é relativamente longo e ocorre em meio a avanços e recuos. O período do processo de transição democrática brasileira é caracterizado pela emergência de novos movimentos sociais, por demandas de democratização, descentralização e participação cidadã.

Os movimentos sociais surgidos nesse período, mais que criticar o modelo autoritário vigente, revelam demandas sociais concretas em busca de uma nova sociedade civil, a partir da luta por direitos políticos, civis, sociais e individuais. No final da década de 70, os movimentos sociais ganham maior visibilidade, a partir do surgimento de alguns sujeitos coletivos. Podemos destacar a criação do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde – CEBES - composto por profissionais e intelectuais da saúde com o propósito de discutir a saúde pública brasileira e o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM - sujeito coletivo de fundamental importância para a Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM - órgão responsável pela elaboração de políticas de saúde mental do Ministério da Saúde. A crise é provocada pelas precárias condições de trabalho e clima de ameaça aos funcionários e aos pacientes; além das “freqüentes denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas” (AMARANTE, 2000 p. 52). As denúncias, ao chegarem a público, mobilizam outros profissionais do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES – bem como do Movimento de Renovação Médica – REME. Assim nasce o MTSM,

[...] cujo objetivo é constituir-se em um espaço de luta não institucional, em um *locus* de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica, que aglutina informações, organiza encontros, reúne trabalhadores em saúde, associações de classe, bem como entidades e setores mais amplos da sociedade (AMARANTE, 2000, p. 52).

O MTSM tem como característica a não-institucionalização, para reforçar a crítica ao processo de institucionalização ineficiente, cronificador e estigmatizante, ao qual os considerados doentes mentais estavam submetidos. Uma outra característica do MTSM é ser múltiplo e plural, pois abarca profissionais, técnicos e simpatizantes de outras áreas, não apenas da saúde, constituindo-se, assim, no primeiro movimento em saúde, com participação popular.

Neste sentido, passam a ser realizados, em todo o país, encontros, debates, seminários, conferências, entre outros, com a finalidade de discutir e elaborar propostas para a assistência psiquiátrica brasileira. Percebe-se, nos documentos resultantes desses eventos,

o tom crítico, que vai da denúncia da psiquiatrização às reivindicações por melhorias técnicas. Enfim, os principais aspectos dizem respeito à política privatizante da saúde e às distorções à assistência daí advindas, tendo, conseqüentemente, a dicotomia entre uma Psiquiatria para o rico *versus* uma Psiquiatria para o pobre. Neste movimento dual, o que se percebe é a realização da abordagem psiquiátrica como prática de controle e reprodução das desigualdades sociais (AMARANTE, 2000, p. 54).

Ainda de acordo com Amarante (2000), esta fase é tida como Alternativa e é o primeiro momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, já que o referido autor considera o início desse processo, de forma mais efetiva, o período de 1978 a 1980. O segundo momento da Reforma Psiquiátrica refere-se à fase sanitária, ocorrida nos anos 80, após o término da ditadura militar. Há um movimento de organização da sociedade civil, o que permite, também, a incorporação da Reforma Psiquiátrica no aparelho do Estado. O movimento ganha força e, neste período, são incorporados alguns aspectos relativos à saúde: a universalização, a regionalização, a hierarquização, a participação, a integralidade e a equidade.

Diante da debilidade e da prática privatizante da assistência à saúde, cresce a importância do conhecimento sobre administração e planejamento em saúde, com o objetivo de organizar o serviço de assistência à saúde pública. Dessa forma, implanta-se o processo de co-gestão, que tem como objetivo reestruturar os hospitais públicos e o Plano do Conselho Consultivo em Administração de Saúde Previdenciária – CONASP - responsável pela reorientação da assistência psiquiátrica. Posteriormente, surgem Ações Integradas de Saúde – AIS - e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS.

Todas essas ações integradas de saúde configuram-se, mais tarde, no Sistema Único de Saúde - SUS - que está incorporado na Constituição Brasileira de 1988, tida como Constituição cidadã, que prevê a saúde como um direito de todos e dever do Estado. O SUS tem como principais diretrizes a universalidade de acesso, a integralidade na assistência, direito à informação, participação da comunidade e uso da epidemiologia. Está organizado de acordo com os seguintes princípios: regionalização, hierarquização e descentralização:

O SUS é formado pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais – e também em caráter complementar, pela iniciativa privada. Isto é, o setor público pode contratar serviços da iniciativa privada sempre que seus recursos próprios forem insuficientes para atender à população. Nesse caso, os prestadores de serviços privados vão estar conveniados com o SUS, obedecendo às regras e princípios. Além disso, é claro, podem existir serviços privados de saúde não-conveniados com o SUS – como os consultórios e clínicas privadas com fins lucrativos -, os quais não podem receber nenhum tipo de auxílio financeiro do governo (BELMONTE, 1998, p. 28).

O terceiro momento da Reforma Psiquiátrica, conhecido como Sanitarista II, é marcado pela ocupação de alguns participantes do MTSM em cargos estratégicos da administração pública de saúde mental nas três esferas de governo, sobretudo na região Sudeste do país. Várias conferências municipais e estaduais são realizadas pelo Brasil, com a pretensão de transformar a Psiquiatria em prática social. No entanto, as experiências da trajetória sanitária não obtiveram êxito, não passaram de uma pálida tentativa de continuar a fazer reformas sem se preocupar com o cerne da questão: novas formas de atenção, cuidado e produção e reprodução da subjetividade.

Tal rompimento é promovido a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental realizada de 25 a 28 de julho, no Rio de Janeiro, no ano de 1987, momento em que se inicia uma nova trajetória - a da desinstitucionalização, que é marcada por grandes eventos, acontecimentos importantes e novas modalidades de atenção, com vistas à substituição do modelo psiquiátrico tradicional. São exemplos dessa nova modalidade os Centros e os Núcleos de Atenção Psicossocial – CAPS e NAPS, respectivamente. Atualmente, conhecidos apenas como CAPS em suas diversas modalidades, conforme referido anteriormente.

No final dos anos 80, especificamente no ano de 1987, o MTSM lança o lema - 'Por uma Sociedade sem Manicômios'. É neste contexto que surgem algumas leis federais, com o objetivo de reforçar práticas de desinstitucionalização. Entre elas, o Projeto de Lei 3.657/89, que dispõe sobre "a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por outras modalidades e práticas assistenciais [...]" (AMARANTE, 2000, p. 81) e a Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe "sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental" (BRASIL, 2004, p. 17). Esta lei tem como projeto inicial o Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado.

Os movimentos sociais, entre eles a Reforma Sanitária e, especificamente, a Reforma Psiquiátrica tornam-se possíveis e ganham impulso mediante o processo de redemocratização do país, referido anteriormente. O processo de transição democrática consolidado a partir da Constituição de 1988 torna possível a criação de CAPS por todo o país, em virtude da mudança de papel do poder local, prevista na nova Constituição, bem como pelas portarias 189 e 224, que subsidiaram as gestões municipais e estaduais. Assim, a gestão municipal democrática surge a partir das novas atribuições do poder local no Brasil pós 1988, uma vez que a Constituição de 1988 expressou uma tendência por democratização, descentralização e participação cidadã dos movimentos sociais.

A partir do processo de redemocratização e da Constituição de 88, o Brasil se configura como um dos países que mais descentralizou recursos tributários e poder político. O processo de descentralização ocorre a partir da cooperação política e financeira entre o governo federal e as demais esferas de governo: estadual e municipal, respeitadas as suas relativas autonomias. A literatura trata a descentralização como um conceito ambíguo. Alguns autores tratam-na como desconcentração administrativa, entendida enquanto transferência de responsabilidades, atribuições e/ou tarefas para outras esferas administrativas, reduzindo assim o papel do Estado. Outros autores tratam-na, enquanto descentralização propriamente dita: transferência do poder decisório. Optamos por trabalhar o termo descentralização com o sentido previsto na Constituição Brasileira em vigor, isto é, transferência de poder decisório.

A descentralização, a partir da Constituição de 1988, passou a ser incorporada e a ser objetivo a ser alcançado nas mais diversas políticas sociais previstas no Título VII da Constituição Federal. Entre essas políticas destacamos: Da

Seguridade Social (Art. 194, inciso VII); Da Saúde (Art. 98 e seus incisos); Da Assistência Social (Art. 204 e seus incisos); Da Educação (Art. 207, inciso VI); Da Cultura (Art. 216 parágrafo 1º); e, Da família, da criança, do adolescente e do idoso. Em todas essas políticas estão previstos os princípios da gestão democrática.

De acordo com a Constituição de 1988, a descentralização deve estar norteada pelos princípios da democratização e participação, com o intuito de contribuir com a justiça e equidade social, universalização dos serviços públicos, democratização das informações, participação dos cidadãos nos processos decisórios governamentais e controle social. Não há como se pensar em descentralização, sem prever democracia, autonomia e participação.

De acordo com Souza (1996), não obstante a importância da descentralização política e tributária num processo democrático, estas apresentam limites quanto à capacidade de transformar as práticas políticas e a alocação de recursos locais, no sentido de melhorar as condições de vida das comunidades. Isto porque muitos municípios não se beneficiaram do processo de descentralização, seja por manter a dependência em relação a outras esferas de governo, seja por manter o papel de provedor da população mais pobre, em detrimento do acesso a bens e serviços públicos de qualidade. Obviamente que essa realidade não é regra geral; a implantação da descentralização nos municípios vai variar de acordo com as forças políticas locais.

No Rio Grande do Norte, por exemplo, o processo de descentralização na área de saúde ocorre a partir da implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, ocorrido em 1987 no governo do PMDB. Tal fato é motivado pela luta dos profissionais de saúde por melhores salários e condições de trabalho, bem como, denúncias referentes a uma política de saúde clientelista. Em decorrência da II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, o município de Natal cria, na rede pública de saúde, a assistência integral à saúde mental, em substituição aos hospitais psiquiátricos. Até então, a assistência à saúde mental era implementada pela Secretaria Municipal de Saúde, na rede Básica de Saúde.

Também no ano de 1992, ocorre em Natal a I Conferência Municipal de Saúde Mental, momento em que novos dispositivos de atenção em saúde mental estavam sendo discutidos em todo o país; e que o Ministério da Saúde lança portarias normativas, como a 224, de 29 de janeiro de 1992, a qual fornece subsídios às Secretarias Municipais de Saúde para implementar os serviços de

saúde mental, tendo como diretrizes os princípios da Reforma Sanitária e, especificamente, da Reforma Psiquiátrica. Trata-se dos CAPS e NAPS. Neste sentido, em 1996 é implantando em Natal o sistema de CAPS. Esse sistema de atenção à saúde mental encontrou resistência das forças políticas locais para ser implantado, sobretudo dos donos de hospitais psiquiátricos, movidos pelo interesse dos grandes lucros que o comércio da loucura proporcionava, através das internações psiquiátricas.

O processo de redemocratização trouxe possibilidades concretas da população de intervir diretamente na definição e fiscalização das políticas públicas em âmbito local, através da participação popular nos conselhos. Ao discutir o orçamento com a comunidade, obtêm-se informações que só o próprio cidadão pode fornecer, em virtude de o mesmo conhecer bem os problemas de sua comunidade. Assim, a gestão do prefeito não se dá de acordo com sua vontade e do que este considera bom para a comunidade. Há que se criar e garantir espaços de debates e discussões populares, como forma de fortalecer a participação popular.

Em Natal, além do Conselho Municipal de Saúde, é promovido, mensalmente, há mais ou menos cinco anos, pela coordenação de Saúde Mental, através da Secretaria Municipal de Saúde, um fórum em saúde mental, com o objetivo de discutir questões pertinentes ao tema. Inicialmente, a participação no referido fórum esteve restrita aos profissionais da área de saúde mental. Posteriormente, viu-se a necessidade de tornar o fórum aberto e, há aproximadamente dois anos, participam do fórum, além de profissionais da saúde mental, usuários, familiares, universitários, enfim, toda e qualquer pessoa que se interessar pelo tema.

O processo de redemocratização do Brasil também possibilitou a efetivação e consolidação dos princípios da reforma psiquiátrica em Natal-RN, uma vez que se trata de uma política que, apesar de ter seu desenho institucional e os recursos advindos da União, é uma política implementada em âmbito local. Nesta direção, discutiremos na próxima parte como se deu o processo da Reforma Psiquiátrica em Natal – RN.

3.2 A reforma psiquiátrica em Natal-RN e a implantação do CAPSad II – leste

*[...] Meu Deus, vem olhar, vem ver de perto
uma cidade a cantar. A evolução da liberdade
até o dia clarear. Ai que vida boa, ô lelê,
ai que vida boa, ô lalá. O estandarte do
sanatório geral vai passar. Ai que vida boa,
ô lelê, ai que vida boa,ô lalá [...]*

Chico Buarque

O trato com os loucos e, conseqüentemente, com os usuários de drogas em Natal - RN, a partir do século XX, não foge à regra do que ocorreu na Europa, a partir do século XVII, e, no restante do país, a partir do século XIX, ou seja, enclausurar loucos e usuários de drogas em leprosários, juntamente com outros segmentos tais como: mendigos, indigentes, criminosos, marginais entre outros; todos considerados perigosos à sociedade.

Como parte do movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, durante a década de 80, o Rio Grande do Norte incorpora a discussão e, a exemplo do que vinha ocorrendo no país, realiza conferências estaduais e municipais de saúde mental, na tentativa de efetivar a Reforma Psiquiátrica no Estado. Obviamente que tal movimento não ocorre de forma linear; há momentos de avanços, retrocessos, estagnação e, sobretudo, muitos desafios.

De acordo com SUCAR (1993), até o século XX não havia no Rio Grande do Norte nenhum tipo de assistência destinada aos doentes mentais indigentes. Estes viviam em situação de abandono sendo, muitas vezes, vítimas de zombarias por parte de alguns e até mesmo de violência, por parte de outros. Se algum doente mental fosse considerado perigoso, era internado em uma cadeia pública, por ordem judicial, ou de qualquer outra autoridade e recebia o mesmo tratamento dos outros presos. Isto é, “ficavam presos em celas, ou amarrados com cordas, em ambientes imundos, na grande maioria das vezes deitados no chão sem muitas vezes ter um cobertor, passavam fome e não raro eram espancados e até mortos”. (SUCAR, 1993, p. 23).

Ocorre no Rio Grande do Norte o mesmo que ocorrera na Europa, ou seja, os doentes mentais passam a ocupar os leprosários. Neste sentido, o ‘Lazarento da Piedade do Natal’, conhecido como ‘Prisão dos Doidos’, tornou-se o primeiro local para abrigo e tratamento dos ‘loucos’. Ressalta-se que a única modificação sofrida

na referida instituição, para receber os 'loucos', deu-se no tocante a reforçar a segurança do prédio, através da colocação de mais grades. Isto porque o preconceito e a mentalidade da época levavam a crer que o 'louco' era uma pessoa perigosa e, como tal,

deveria realmente ser isolada, presa, acorrentada, e castigada, pois eram incômodos, barulhentos e envergonhavam a família, que deveria abandoná-los pois não tinham possibilidade nenhuma de cura, não merecendo portanto o sacrifício de despesas inúteis por parte do governo e dos parentes (SUCAR, 1993, p. 26).

A transformação do 'Lazarento da Piedade do Natal' em 'Asilo da Piedade', no ano de 1911, marca o início de uma política de assistência, por parte do Estado, ao doente mental, embora, para a admissão no **tratamento** não se realizasse nenhum tipo de procedimento médico; o internamento ocorria por ordem de uma autoridade ou qualquer outra pessoa influente na sociedade potiguar da época. A assistência restringia-se ao internamento, reclusão, confinamento e isolamento, tratando-se de uma política muito mais de contenção do que de cuidados.

Só em 1916, o 'Asilo da Piedade' passa a oferecer a seus internos uma assistência médica de forma regular. Anteriormente, os internos eram assistidos por católicos devotos. No geral, mesmo após a introdução da assistência médica realizada por um clínico geral, o tratamento era feito através de confinamento em celas, uso de camisa de força e outras formas de contenção física. A assistência médica prestada não era uma assistência menos violenta, uma vez que consistia na "formação de abscesso na região da coxa, motivado pela aplicação de injeções de Terebentina, cujo efeito terapêutico consistia na produção de um estado febril de brutal intensidade, e que levava o paciente a total prostração" (SUCAR, 1993, p. 29).

Em 1921, o Asilo da Piedade passou a chamar-se 'Hospício da Piedade' e por decreto federal de número 141 passa por algumas páldas reformas na estrutura física, mas os métodos coercitivos e punitivos do tratamento resistiram ao decreto. Em 1934, por força de outro decreto federal, de nº 24.559, o qual previa regulamentar, proteger e fiscalizar a assistência psiquiátrica, o 'Hospício da Piedade' passaria a chamar-se 'Hospital de Alienados', com a obrigatoriedade de ser dirigido por um especialista. A gestão do primeiro especialista, Dr. Vicente Fernandes Lopes é marcada pela construção de um necrotério e a introdução, além da manutenção

dos já existentes, de métodos de tratamento à base de duchas, quente e fria, provocando choques térmicos.

A assistência destinada aos loucos e, conseqüentemente, aos usuários de drogas é uma assistência, além de precária, também ineficiente, pois se trata, muito mais, de uma assistência punitiva e coercitiva, em detrimento de uma assistência de cuidados. Tal assistência, a partir da segunda metade de 1936, através do psiquiatra João da Costa Machado, sofre uma ruptura, mediante uma nova visão de assistência destinada aos **loucos**, provocando uma mudança significativa na Psiquiatria, no Rio Grande do Norte. João Machado era discípulo do professor Ulisses Pernambuco e defensor de uma visão médico-social da Psiquiatria com rigor científico, mas também humano e social.

Em que pese os muitos embates e desafios enfrentados por João Machado, este obteve algumas conquistas, entre elas destacamos: a construção do Hospital Colônia de Natal que, na época, 1957, representava o que havia de mais avançado em termos científicos e humanos, no que se refere à assistência ao doente mental. No referido hospital, aliadas às práticas sociais da Psiquiatria existiam as práticas curativas como, por exemplo, a terapia pelo eletrochoque e pelo coma insulínico, os quais eram considerados métodos eficientes e atuais no tratamento dos doentes mentais.

É bem verdade que a assistência à saúde mental no estado, após João Machado, configura-se de forma mais social e humana, mas nem por isso torna-se mais eficiente, uma vez que se utiliza de métodos violadores dos direitos humanos, tais como os acima referidos. Por outro lado, não se pode negar que tais métodos significaram um avanço técnico para a época e que o cuidado oferecido aos considerados doentes mentais no Hospital Colônia era mais humanizado que o “tratamento” oferecido anteriormente.

A assistência à saúde mental, a exemplo de sua configuração no restante do país, teve sua atenção voltada ao uso indiscriminado de psicofármacos, em internações muitas vezes desnecessárias e numa posição de objeto sob a dependência da figura do médico psiquiatra. Essa assistência no Rio Grande do Norte, até meados da década de 90, do século XX, era realizada praticamente apenas em hospitais psiquiátricos. Tinha-se como alternativa os Programas Comunitários em Psiquiatria através do Projeto Integrado de Saúde Mental da Divisão Nacional de Saúde Mental (PISAM). O PISAM tinha como objetivo, além de

ampliar a cobertura assistencial, sobretudo das pessoas egressas de hospitais psiquiátricos, implantar ambulatórios, na tentativa de evitar internações psiquiátricas desnecessárias. Tal programa é implantado no Brasil, no ano de 1974; e, em Natal, em 1975, funcionando no bairro da Cidade da Esperança.

No Estado do Rio Grande do Norte, os princípios da Reforma Psiquiátrica são motivo de discussões e embates calorosos, nos quais encontram defensores e também opositores. Tais princípios não são consenso entre os próprios psiquiatras; há divergências de opiniões, no que se refere à necessidade e adequação das internações, no entanto, quanto ao saber psiquiátrico no tocante ao tratamento da doença mental, este é considerado soberano e o hospital psiquiátrico, *locus* privilegiado desse tratamento. A defesa intransigente dos hospitais psiquiátricos vai de encontro aos princípios da Reforma Psiquiátrica. Entre eles destacamos a substituição dos hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços substitutivos como CAPSad e NAPS. Tal princípio está previsto na lei Estadual nº 6.758 de 04 de janeiro de 1995, a qual traz no seu primeiro artigo: “é proibida a construção e ampliação de hospitais psiquiátricos no território do Estado do Rio Grande do Norte”. (BRASIL, 2004a, p.61).

Um segmento fundamental, em oposição aos princípios da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Norte diz respeito aos Hospitais privados. No geral, esse segmento apresenta, não apenas uma visão crítica da luta antimanicomial, como também apresenta uma descrença quanto à principal estratégia de desospitalização do Ministério da Saúde, que são os serviços dos NAPS e CAPS.

A descrença, por parte de alguns atores sociais, no processo da Reforma Psiquiátrica, aliada à ausência de prioridade no repasse dos recursos financeiros para reorientação do modelo assistencial em saúde mental, em detrimento do repasse desses recursos para hospitais privados e, sobretudo, da pressão dos proprietários de hospitais psiquiátricos no Rio Grande do Norte para a não efetivação da Reforma Psiquiátrica, não impediram a articulação dos trabalhadores de saúde mental e da sociedade civil organizada, culminando na realização de Conferências Estaduais e Municipais de Saúde Mental, norteadas pelas discussões ocorridas nas Conferências Nacionais de Saúde Mental.

A primeira delas, ou seja, a 1ª Conferência Estadual de Saúde Mental – CESM - é realizada em 1987, antecedendo a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental – CNSM, ocorrida no mesmo ano. Cinco anos depois, ocorre a 2ª CESM, no

período de 7 a 9 de outubro de 1992, em conjunto com a 1ª conferência municipal de saúde mental - CMSM. A 2ª CESM tinha como tema geral - **Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Rio Grande do Norte**. Tal tema, além de possibilitar discutir outros temas mais gerais tais como: “A saúde mental no Brasil e na atualidade”; Crise, Democracia e Reforma Psiquiátrica; Modelo de Atenção à Saúde Mental e Direito e Cidadania; possibilitou, ainda, a discussão no centramento do modelo de assistência em saúde mental no manicômio e na figura do médico psiquiatra.

A 3ª CESM e a 2ª CMSM ocorreram em Natal, após 9 anos da realização da 2ª CESM e da 1ª CMSM. A estadual ocorreu no período de 13 a 14 de novembro e a municipal no período de 26 a 29 de setembro, ambas no ano de 2001. O tema central das referidas conferências era: **Cuidar Sim, Excluir Não: efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade humanização e controle social**. A referida conferência ainda discutiu os seguintes subtemas: Financiamento, Recursos Humanos, Controle social, Direitos Humanos, Acesso e Cidadania. De acordo com CRIVES (2003), essa conferência

[...] teve grandes dificuldades para a sua realização, inclusive com a resistência explícita e declarada do Secretário de Saúde do Estado, Dr. Gilson Marcelino, que não lhe deu muita importância e nem todo o apoio solicitado para a organização dessa Conferência. Sua realização deveu-se em parte, pelas pressões de grupos da área de saúde mental e influência do MS; ao apoio da coordenação de SMS de Natal e da comissão organizadora, composta inclusive com 2 (dois) representantes do Conselho Estadual de Saúde, e também pelo empenho e esforço da CSM estadual (CRIVES, 2003 p.68).

A resistência explícita e declarada do então Secretário de Saúde do Estado, Dr. Gilson Marcelino, remete à seguinte reflexão: não basta determinados princípios estarem legislados, isto é, estarem presente na lei, mesmo que essa lei seja a regulamentação máxima de um país, como é o caso da Constituição Federativa do Brasil. Para garantir a efetivação de determinados princípios precisa-se ir além do arcabouço jurídico; faz-se necessário provocar uma mudança de cultura, comportamento e atitude numa perspectiva cidadã, de valorização da vida em detrimento de uma cultura que pensa resolver **problemas** à base da segregação e exclusão. Desistir é fácil, difícil é manter viva a motivação para inovar e tentar fazer sempre o melhor. O que se observa no Rio Grande do Norte, no entanto, são os

múltiplos interesses e o jogo de poder entre os atores que disputam, seja a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seja a sua não efetivação.

Mediante discussões e efetivação da Reforma Sanitária Brasileira ocorrida, sobretudo, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, há, em âmbito local, uma articulação de defensores da Reforma Sanitária em torno do Sindicato dos Médicos do Rio Grande do Norte, provocando um debate público entre os candidatos à prefeitura de Natal, na primeira eleição direta para prefeito, após o período do Regime Autoritário. Sendo eleito em 1985, o prefeito Garibaldi Alves Filho, do PMDB o qual, atendendo às reivindicações de grupos locais defensores da Reforma Sanitária, cria, através da lei 3.394 de 21 de janeiro de 1986, a Secretaria Municipal de Saúde de Natal, sob a coordenação de Dr. Ives Bezerra. A criação da referida secretaria possibilita a efetivação do processo de municipalização dos serviços de saúde e redimensiona o modelo de assistência à saúde de Natal. Nesse mesmo ano, corroborando com o processo de Municipalização da saúde é criado, através da lei 3.398, o Conselho municipal de Saúde de Natal. De acordo com Elizabete Freitas¹⁰, a Secretária Municipal de Saúde de Natal é criada com o

“[...] objetivo de estruturar uma rede de atenção básica em Natal [...] e no bojo das discussões sobre o que seria, que tipo de assistência Natal estava precisando, foi feito todo um levantamento diagnóstico sanitário na cidade, nos diversos setores e bairros de Natal e foi apontado que equipe, que modelo estava se preconizando pela Reforma Sanitária [...]” (ELIZABETE FREITAS, em entrevista à autora, em abril de 2006.)

Em 1987, foi realizado o primeiro concurso público no Rio Grande do Norte, na área de saúde, abarcando diferentes categorias profissionais: assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, pediatras, enfermeiros, ginecologistas, bioquímicos odontólogos e clínicos gerais; e ainda, pessoal de nível médio e de apoio. A inserção das categorias profissionais de assistentes sociais e psicólogos na área de saúde mostra a consonância do poder local com o conceito ampliado de saúde. No que se refere à saúde mental, este concurso vislumbrava, com a inserção dos assistentes sociais e psicólogos,

¹⁰ Psicóloga, Psicanalista, já esteve à frente da Coordenação de Saúde Mental de Natal-RN, é uma das idealizadoras de CAPSad no país, é uma das pessoas que batalharam e batalham pela efetivação e consolidação da Reforma Psiquiátrica no RN; é consultora do Ministério da Saúde – Brasil. Enfim, trata-se de uma profissional de reconhecida competência teórica e técnica em Saúde Mental.

[...] criar uma rede de cuidados na qual as ações de saúde mental perpassassem desde as intervenções das ações básicas de saúde até os cuidados mais intensivos, com o objetivo de reverter o modelo hospitalocêntrico vigente. Esta rede deveria ser composta por unidades básicas de saúde, leitos em hospitais gerais, centros de convivência, residências terapêuticas, NAPS e CAPS (PINHEIRO, 2003, p. 16).

O ano de 1988 é marcado pela realização do 1º Seminário de Saúde Mental, promovido pela Secretaria Municipal de Saúde, pela via da Coordenação de Saúde Mental. “Numa perspectiva que, a partir desse seminário, se fosse discutindo nas equipes multiprofissionais da secretária o que é que seria saúde mental na atenção básica” (ELIZABETE FREITAS, em entrevista à autora em abril de 2006).

Em decorrência do referido encontro, um grupo de profissionais elaborou um plano embrionário para a assistência em saúde mental em Natal. A partir do avanço das discussões sobre

“O que é saúde mental, o que é saúde mental na atenção básica, quais os principais problemas apontados no diagnóstico sanitário dos distritos que teriam uma relação direta com a saúde mental, foi [...] que surgiu uma incidência, uma prevalência pelo diagnóstico sanitário, alta, em relação ao alcoolismo. Nós começamos, tanto a implantar o trabalho da psicologia na atenção básica de saúde, como a vinda e a articulação do trabalho de educação e saúde que era feito pelas unidades, junto à comunidade; e cada vez mais vinha reafirmar a necessidade de pensarmos uma política de prevenção e tratamento à dependência química, como nós chamávamos na época” (ELIZABETE FREITAS, em entrevista à autora em abril de 2006).

Com o objetivo de ampliar a discussão e a exigência de uma política maior na área de álcool e outras drogas é realizado em 1991, em parceria com a Associação Brasileira de Álcool e Drogas e o Ministério da Saúde, o primeiro Seminário sobre alcoolismo e outras dependências:

“Nesse seminário, a coordenação de Saúde Mental, [...] já apresentamos uma política. Uma política onde nós tínhamos, desde então, naquele momento em 91, que o desenho seria, se trabalhar com prevenção e tratamento; e isso implicava que todas as unidades de saúde, partindo do princípio de que a atenção básica significa acolher e receber, identificar os problemas que a população, os cidadãos apresentavam na sua comunidade, mais próximo à unidade de saúde [...] já fazia parte dessa política, nós desenharmos e

instrumentalizarmos as equipes para que pudessem identificar os problemas; porque foi muito assustador quando procuramos o sistema de informação, na época DATASUS, [...] onde tinha 0,1% de pessoas notificadas com problemas de alcoolismo e onde nós sabemos que, já de muito tempo, a prevalência por problemas de álcool é de 10% da população. Então, com todos esses e outros levantamentos, nós fomos mapeando, mapeando e com isso que foi tão rico, porque começa um percurso de uma construção de um trabalho de implantação da estruturação da saúde mental em Natal; uma construção coletiva, onde, a partir daí, foram estabelecidos encontros, encontros com profissionais que tinham sensibilidade que começaram a se mobilizar [...]" (ELIZABETE FREITAS, em entrevista à autora em abril de 2006).

Em 1992 a secretária Municipal de Saúde elabora um outro plano para a assistência em saúde mental, desta vez com uma proposta de inserir o trabalho de saúde mental no nível de atenção primária, como também inserir uma política de Prevenção e Atenção aos usuários abusivos de álcool e outras drogas, na proposta de trabalho de saúde mental. Neste mesmo ano inicia-se um processo continuado de capacitação para os profissionais de saúde, o qual incorpora a discussão do uso abusivo de drogas enquanto questão de saúde pública. A coordenação de Saúde mental neste ano:

"[...] começa a buscar dentro do processo de articulação interinstitucional, em nível do estado do Rio Grande do Norte, em nível do Brasil. Nós começamos a fazer parcerias, a procurar recurso, recurso que priorizasse principalmente os seminários, os debates, a instrumentalizar a capacitação de recursos humanos; e foi como nós conseguimos uma parceria, um recurso de capacitação com o CONFEM para fazer junto às escolas e às unidades de saúde, porque (...) nessas discussões por distrito sanitário começou-se a desenhar, a partir das necessidades que as unidades indicavam, que unidades por distrito sanitário seriam referências para o trabalho de álcool e drogas. Então, naquele momento foram várias unidades; teve distrito sanitário de apontar duas unidades de saúde, três e fomos discutindo, montando equipe e o quê que acontece? Acontece como sempre, as mudanças sucessivas de gestores, a falta de incentivo ao salário, então as pessoas mudavam de unidade de saúde, ou então deixavam a própria secretaria pra outro emprego. Então houve um investimento e isso não garantia muito. A política de recurso humano, ela não sustentava a proposta técnica da política da saúde mental [...]" (ELIZABETE FREITAS, em entrevista à autora em abril de 2006).

Neste sentido, em 1992, a Secretaria Municipal de Saúde Mental apresenta uma proposta de prevenção ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Neste mesmo ano ocorre a 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental no período de 7 a 9 de outubro, que tem como objetivo reforçar os princípios da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Essa conferência é realizada em conjunto com a 2ª CESM do RN. De acordo com Elizabete Freitas:

“[...] houve uma fomentação muito grande na cidade, porque nós estávamos trazendo o debate. Enquanto estava só na rede básica, os conflitos não aconteciam. Nós estávamos trazendo o debate pra criação do que a gente chamava de centro 24 horas. A gente não tinha nem o nome de NAPS e já contemplava alguns casos da área de álcool e drogas [...] Criamos todo um fluxograma que foi apresentado no Conselho Municipal de saúde, que foi apresentado na Conferência, na criação de uma rede, que nós não chamávamos de substitutiva, mas de uma rede que ampliasse a assistência com planejamento estratégico de redimensionar a função do hospital como uma porta de entrada, de reverter essa porta de entrada [...]” (ELIZABETE FREITAS, em entrevista à autora em abril de 2006).

A partir dessa conferência, mais atores foram implicados no processo, contribuindo para a tessitura da história da saúde mental em Natal. O ano de 1992 constitui-se em um ano profícuo em debates, discussões, reflexões, estudos, capacitações, assessorias. Entre elas destacam-se a do Ministério da Saúde, troca de experiências e elaboração de propostas por parte dos trabalhadores de saúde mental, com vistas a reestruturar a saúde mental em Natal. Neste sentido, é criado em 1993, o serviço ambulatorial destinado a usuários de álcool e outras drogas, localizado no Centro de Saúde de Pirangi. Todavia, foi no ano de 1994, a partir do acúmulo de conhecimento e experiência, que é criado o primeiro serviço substitutivo da cidade de Natal. Trata-se do

[...] primeiro NAPS da cidade, coordenado pelo médico psiquiatra Hilton Villas Boas. Este fato representou um importante marco histórico para a reforma psiquiátrica em Natal, por constituir-se no primeiro serviço substitutivo criado numa capital da região Nordeste e pela coragem de enfrentar a ideologia da Psiquiatria tradicional, fortemente consolidada e politicamente articulada no estado do RN. Ameaças foram feitas à equipe de coordenação de saúde mental da SMS de Natal e vários expedientes foram utilizados para impedir a difusão de uma perspectiva não-hospitalocêntrica de tratamento dos transtornos mentais (PINHEIRO, 2003 p. 18).

No entanto, as ameaças sofridas pela Secretaria Municipal de Saúde não impediram a continuidade de seu trabalho no tocante à efetivação e consolidação da

Reforma Psiquiátrica em Natal. Neste sentido é criado, em 1995, a Unidade de Tratamento do Alcoolismo e outras Dependências – UTAD, em decorrência da ampliação do trabalho desenvolvido no Ambulatório de Prevenção ao Alcoolismo – APA - criado em 1989:

“A criação do APA já foi uma parceria da Secretaria Estadual, da Municipal e da Universidade, e isso implicou em muitas discussões, e necessidade que os gestores assumissem o seu compromisso de criar esse serviço. Não foi uma coisa tão fácil [...]” (ELIZABETE FREITAS, em entrevista à autora em abril de 2006).

Tanto o APA quanto a UTAD, a partir de 1991, funcionava com o apoio do SUS, no Hospital Universitário Onofre Lopes, de Natal. O trabalho desenvolvido na UTAD caracteriza-se como um trabalho ambulatorial, ou seja, fora do hospital psiquiátrico, o que é de fundamental importância; no entanto, não é suficiente, uma vez que limita a atuação profissional. Dessa forma, surge a necessidade de criar um CAPS em Natal, “com o objetivo de superar esse limite, procurando uma adequação do tratamento em dependência química à proposta de mudança do modelo assistencial em Saúde Mental” (NATAL, 1996, sp).

A partir de uma discussão ampliada com o Ministério Público, Vara da Infância e Juventude, assim como com outras secretárias e instituições,

“[...] começou-se a ter uma preocupação com respeito às crianças que estavam nos canteiros da cidade. A promotora da época via uma ação com a prefeitura do Natal e isso teve um marco histórico relacionada à questão do CAPS porque foi-se tirando uma comissão interinstitucional para debater a questão da criança e do adolescente e do uso abusivo de drogas [...] a ponto do Ministério Público exigir da Secretaria a criação de uma casa de desintoxicação, um espaço nesse sentido. Foi aí que o debate avançou mais ainda, porque nós tínhamos, tanto em nível nacional como em nível local, mais dados epidemiológicos, mais pesquisas, mais dados da experiência clínica na rede básica. Um dos maiores problemas da assistência não é a questão da criança e do adolescente, enquanto uma atenção só de desintoxicar, e sim da necessidade de uma política pública maior; com isso, a Secretaria de Saúde foi muito firme e teve princípios bastante coerentes, no sentido de que não iríamos abrir uma casa para desintoxicar 100 crianças, sem ter uma política maior, como se fosse um centro de convivência, se fosse um espaço onde essas crianças pudessem estar ligadas à escola, ligadas ao seu projeto de vida e à família” (ELIZABETE FREITAS, em entrevista à autora em abril de 2006).

A justificativa para a criação do CAPS vai além da ampliação da discussão na área de álcool e outras drogas e da superação da atuação profissional; diz respeito, também, a uma crescente demanda, ano após ano, por esse tipo de serviço. De acordo com o anteprojeto de funcionamento do CAPS em álcool e outras drogas, “no ano de 1993 obteve-se um total de 1.556 atendimentos, passando em 1994 para 1.954 atendimentos; desses, 90% dos problemas relacionados com álcool e 10% a outras drogas” (dados obtidos da UTAD) (NATAL, 1996, sp). Soma-se a isso a demanda elevada da população que procura os hospitais psiquiátricos para sanar a compulsão do consumo de álcool e outras drogas. Ainda, de acordo com o referido anteprojeto, o tratamento ambulatorial destinado aos usuários abusivos de álcool e outras drogas, em que pese sua importância, não é suficiente:

Haja vista a necessidade de um espaço de maior amplitude, no estilo de uma casa, onde seja possível espelhar as relações de convivência familiar, afetivas, emocionais, laborativas, de lazer, com o intuito de resgatar os vínculos afetivos e de compromissos sociais, preservando o processo de individuação e do ser sujeito, tanto a nível do dependente químico como de sua família (NATAL, 1996, sp).

Neste sentido, a Reforma Psiquiátrica, na área de álcool e outras drogas efetiva-se, em Natal, para além de uma atenção na rede básica, com a criação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPSad II - leste, inaugurado no dia 27 de março de 1996. Representa uma conquista da sociedade civil, sobretudo de algumas categorias profissionais e do esforço da Secretaria Municipal de Saúde em implantar, na área de álcool e outras drogas, o projeto da Reforma Psiquiátrica em Natal, mesmo havendo grupos sociais de posição contrária, principalmente os proprietários de hospitais psiquiátricos.

O CAPSad II – leste em Natal-RN é o primeiro CAPSad do país, ou seja, é o primeiro CAPS a ofertar tratamento especializado para usuários de álcool e outras drogas em consonância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica. Elizabete Freitas, psicóloga, e, na época, coordenadora de Saúde Mental do município de Natal, ansiava estender o tratamento destinado aos portadores de distúrbios e transtornos mentais aos usuários de drogas, pois tal tratamento já se encontrava no estado, de acordo com o preconizado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Obviamente que a proposta de tratamento para usuários de álcool e outras drogas aconteceu, levando-se em consideração as devidas particularidades pertinentes à

complexidade das questões que envolvem a temática - álcool e outras drogas. Para tanto, inicia-se um processo de discussão do que seria um serviço dessa natureza e realizam-se várias oficinas com esse objetivo:

“Foi um período difícil, porque nós estávamos edificando, alicerçando. Se até hoje nós estamos ainda, imagine quanto embrionário! Ainda estava todo um percurso com a configuração dessa clínica dos NAPS, o trabalho de equipe, as especificidades, as dificuldades de traduzir na prática, no dia-a-dia, o que realmente preconiza a Reforma Psiquiátrica, a questão da horizontalidade das ações, da transversalidade do saber, das relações de poder, da dificuldade do tecnicismo que tem dentro de cada um de nós, [...] e para isso foi preciso ter muito discernimento, um eixo da coordenação de saúde mental, um eixo muito claro [...] até porque nós passamos por volta de 16 a 17 secretários de saúde. A cada secretário que chegava, nós tínhamos que colocar as mesmas propostas. Alguns entendiam, outros não, tínhamos que ir ao prefeito, tínhamos que ir fazer toda uma articulação, porque alguns não tinham essa compreensão em relação a isso. E como também, como é natural, o próprio percurso técnico, ele tinha dificuldades e vai ter sempre, mas naquele momento ele era mais embrionário do que hoje. [...]” (ELIZABETE FREITAS, em entrevista à autora em abril de 2006).

De acordo com Elizabete Freitas, não bastava apenas implantar os CAPS na perspectiva da clínica ampliada e com a discussão da inclusão social, uma vez que a questão do uso abusivo de álcool e outras drogas exige uma complementaridade de assistência. Neste sentido, como forma de garantir o acesso aos diversos tipos de cuidados, a rede básica precisa estar funcionando a contento e dessa forma, opta-se por criar o CAPS no distrito leste de Natal. Além disso, também não basta apenas capacitar a equipe técnica, mas da apropriação e reconfiguração de alguns conceitos de fundamental importância quando se trata de saúde mental, sobretudo no que se refere à problemática de álcool e outras drogas. Dessa forma, outras estratégias foram sendo montadas, ainda em 1996:

“[...] fizemos um projeto para leitos em hospital geral (...) foi feito um seminário no hospital Onofre Lopes (...) e começar com a prioridade de álcool e drogas na enfermaria. Infelizmente os professores catedráticos do Hospital Onofre Lopes não aceitaram, e a proposta não foi liberada, mas nós conseguimos implantar cinco leitos rotativos para álcool e drogas; só que, infelizmente, até recentemente, esses leitos não asseguram muito em relação a isso. (ELIZABETE FREITAS, em entrevista à autora em abril de 2006)”.

Ainda de acordo com Elizabete Freitas também foram realizadas visitas em hospitais gerais, com o objetivo de identificar, no cotidiano profissional dessas equipes, a questão dos atendimentos relacionados a álcool e outras drogas. No ano de 1997, avança-se na proposta de efetivar e reconfigurar as ações do ambulatório do conjunto habitacional Panatis, dando continuidade à discussão e criação dos ambulatórios de referência dos distritos sanitários e a ampliação do ambulatório das Rocas.

Observava-se, no entanto, a necessidade de realizar ações de inclusão social de forma diferenciada; é então que surge o projeto Loko.Motiva que tinha como eixo principal contracenar na cidade. E esse contracenar na cidade possibilitou mobilidade aos usuários, uma vez que as oficinas ocorriam em conjunto com os três serviços, exigindo dos usuários seu deslocamento. Diante de tal característica, o Projeto Loko.Motiva provocou inquietudes, receios e inseguranças nas equipes, assim como nas famílias que ficaram assustadas com a idéia dos usuários saírem.

“Ele era um projeto que reformulava conceitos, conceitos de poder interagir (...) a provocar encontros, desencontros, reencontros. A pensar a simbologia de lidar com produção, de encontrar, a dar passagem pra você criar uma expansão, possibilidade de ir para o teatro, de visitar a cultura da cidade” (ELIZABETE FREITAS, em entrevista à autora em abril de 2006).

O Projeto Loko.Motiva, em 2001, criou um bloco que abria o carnaval de Natal. Não era um bloco apenas freqüentado por pessoas com transtornos mentais e usuários abusivos de drogas que faziam parte do NAPS e CAPS. A preparação para cair na folia envolvia outros segmentos da sociedade e a construção das fantasias era realizada em conjunto. Como dito anteriormente, inicialmente as equipes tinham alguns receios, sobretudo no que se refere ao clima permissivo do carnaval, no tocante ao uso de álcool e outras drogas.

Para além da proposta de contracenar na cidade, o Loko.Motiva, quando surge no ano de 2000, surge com o propósito de fomentar, através da expressão artística e convivência social, a discussão contra o estigma e o preconceito dos ditos “loucos”. Apesar da importância da proposta de um projeto como o Loko.Motiva, este só ocorreu durante 4 anos, sendo seus 3 últimos anos à frente da abertura do carnaval de Natal.

A cidade do Natal tem um pioneirismo e também algumas peculiaridades em relação a outras cidades do país. Sua Reforma Psiquiátrica inicia-se com a discussão da problemática de álcool e outras drogas, o que culmina na criação do primeiro CAPSad do país. Também apresenta uma peculiaridade, pelo fato de, inicialmente, organizar os serviços de saúde mental pela Rede Básica de Saúde até chegar-se à discussão e criação dos NAPS e CAPS. A experiência da Reforma psiquiátrica em Natal subsidiou, inclusive, a Política Nacional da Reforma Psiquiátrica, sobretudo na área de álcool e outras drogas, a qual avança através de portarias.

Os CAPS, assim como os NAPS, foram instituídos oficialmente a partir da portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, a qual os define enquanto

Unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. (BRASIL, 2004a, p. 244).

Atualmente, esses tipos de serviços substitutivos são regulamentados pela Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, a qual amplia a abrangência e a complexidade dos CAPS, os quais

Têm a missão de dar um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. (BRASIL, 2004b, p.12).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, no anexo da resolução 101, de 30 de maio de 2001, o CAPSad caracteriza-se por prestar

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substância psicoativa (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneçam suporte e tratamento dos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas durante período estabelecido de acordo com

programa terapêutico, adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência com os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física, psicológica, e de reinserção social (BRASIL, 2002, p.76).

O modelo psicossocial entende o uso de álcool e outras drogas enquanto “um comportamento humano e complexo: um impulso que varia conforme a pessoa, fatores sociais e culturais, como o ambiente em que vive, sua formação, sua família, as chances que teve na vida” (BRASIL, 2002, p. 11). Neste sentido, as informações recebidas nos CAPSad dão-se de forma ativa, levando sempre em consideração atitudes, valores e estilo de vida dos usuários, a fim de potencializar suas chances de mudança de comportamento. O indivíduo precisa sentir-se protagonista de sua própria história. Trata-se de um tratamento menos invasivo, respeitando as pessoas, suas limitações e interesses. Portanto, esse tipo de tratamento não tem como única meta a ser alcançada a abstinência, e, sim, a defesa de sua vida.

Dessa forma, para o modelo de tratamento psicossocial, tratar significa

umentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser co-responsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam. (BRASIL, 2004c, p. 10).

No tratamento psicossocial o instrumento terapêutico de convivência com os pares se traduz num suporte, num apoio, uma vez que “a pessoa experimenta a abstinência, amparada no convívio com outros pacientes, o que facilita a transição para uma vida sem drogas e a busca de novos referenciais” (BRASIL, 2002, 11). Esse suporte torna-se mais efetivo, à medida que a família também apóia o usuário em seu tratamento. Não só a família, é preciso criar uma rede entre familiares, amigos, “grupos de mútua-ajuda e instituições profissionalizantes e de assistência social, que auxiliam a pessoa a construir um novo projeto de vida”. (BRASIL, 2002, 11). O que foi perdido ou está estremecido, em virtude do uso de drogas, como os vínculos sociais e afetivos precisam ser recuperados, renovados.

É preciso que todos, dentro de suas ações específicas, ajudem-se mutuamente, interagindo e mantendo-se enquanto rede. Por mais moderno, bem

elaborado e estruturado que seja um determinado tratamento, é preciso ter consciência da sua incompletude. Nenhum tratamento, por si só, dará conta da complexidade que envolve as questões relacionadas ao tema álcool e outras drogas. Neste sentido, a rede assume um papel de extrema importância, pois é essa rede que “cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida” (BRASIL, 2004c, p. 11).

Neste sentido, os CAPS vêm-se mostrando uma alternativa essencial na substituição do modelo de tratamento hospitalocêntrico e, assim, consolidando-se enquanto estratégia prioritária no processo de desinstitucionalização vigente no país, uma vez que

Os Caps são serviços que buscam desenvolver novas tecnologias de cuidado integral em saúde mental, baseando-se em princípios como liberdade, cidadania, acolhimento, territorialidade, emancipação, entre outros. A especificidade dos conhecimentos e das práticas profissionais dá lugar à elaboração de propostas construídas dialecticamente no cotidiano dos serviços, e na interface entre profissionais, usuários, familiares e comunidades. As respostas às demandas surgidas no contexto da atenção psicossocial precisam ter uma base ampliada, não sendo restritas apenas ao plano geralmente designado a saúde, e aos seus serviços. A complexidade das ações é característica básica do cuidado prestado. (SÁVIO; CORRÊA, 2004, s.p.).

Os CAPSad integram a rede do SUS, e, como tal, o acesso a eles ocorre de forma universal, pública e gratuita; prevê ainda a integralidade das ações cuidando do indivíduo como um todo; garante a equidade, quando atende, de forma igualitária, ao direito de cada um, respeitando sempre suas diferenças, singularidade, história, cultura e vida cotidiana; ao oferecer serviços de qualidade, o mais próximo daqueles que necessitam do serviço, estão em consonância com a descentralização dos recursos de saúde e ao estimular profissionais, usuários e familiares a participarem de fóruns, debates, conferências e conselhos municipais e estaduais estão contribuindo para o exercício do controle social.

De uma forma geral, são essas as características de um CAPSad, no entanto, estas características podem sofrer algumas alterações diante da realidade na qual o serviço está inserido. Na próxima sessão, é possível conhecer a estruturação do CAPSad II – leste Natal/RN e os seus usuários.

SESSÃO IV: CONHECENDO O CAPSad II – LESTE E SEU USUÁRIO

4.1 Conhecendo o CAPSad II - leste

O CAPS

<i>O CAPS é uma instituição Para mim especial Além de tratar o corpo Vê o ser de modo global</i>	<i>Convidado a ficar Pra mudar o seu caminho</i>	<i>Por todos como um alguém</i>
<i>Todos os técnicos daqui Têm uma afetividade Que parece nosso irmão Ajudando com bondade</i>	<i>Então dali por diante Vem ajuda de todo lado Vai ao médico e à enfermaria E é muito bem cuidado</i>	<i>Alguém muito especial Que tem chance de aprender A viver bem e com saúde E poder agradecer</i>
<i>Quando chega alguém doente Desolado com a vida Sentindo que ela se esvai Ou que esta destruída</i>	<i>Só quem desiste do CAPS É quem não gosta de si Prefere viver nas drogas Tentando se destruir</i>	<i>Agradecer ao bom Deus Por tanta generosidade De fazer com que exista O CAPS na sociedade.</i>
<i>É logo entrevistado E tratado com carinho</i>	<i>Mas quando ficar alerta Que escolher viver bem Volta e é bem recebido</i>	<i>(usuária do CAPSad II – leste).</i>

O CAPSad II – leste, em seus dez anos de existência passou por três endereços: o primeiro deles, onde permaneceu por seis anos, estava situado à Rua Juvino Barreto nº 190, Centro; bairro de fácil acesso. No entanto, seu espaço físico era limitado, “sala de enfermagem insalubre, não possuía área verde para as atividades de jardinagem e exercícios específicos para desintoxicação” (Centro ... , 2002, p. 1). Ainda, de acordo com o relatório do serviço, tais motivos foram suficientes para a COVISA-RN e o Ministério da Saúde sugerirem redimensioná-lo, ou mudá-lo para um novo espaço.

Neste sentido, em junho de 2002, o CAPSad II – leste adquire um novo espaço, agora situado à Rua Manoel Dantas, 424 – Petrópolis, onde permaneceu por três anos. No entanto, surgiram diversos problemas, entre eles a própria localização, “pois ficou localizado numa área já estabelecida de tráfico de drogas, bares e batidas policiais constantes” (Centro ... , 2002, p. 1). Ainda de acordo com o relatório do serviço, houve casos de usuários do CAPS serem abordados e cobrados

por traficantes, e, ainda, oferta de bebidas alcoólicas na calçada do CAPS. Tais fatos comprometiam, e muito, o tratamento dos usuários. Um outro problema referia-se à estrutura física do serviço, uma vez que

A maioria das salas de atendimento tem infiltrações, cupim, mofo, são quentes, não há privacidade nas salas de atendimento consultórios (há vasamentos de informações sigilosas do paciente e equipe técnica). Isso acima mencionado está acarretando doenças alérgicas tanto nos funcionários, como nos pacientes bem como, o incômodo de lidar com a quebra do sigilo. (Centro..., 2002, p. 02).

Cabe ressaltar que a garantia do sigilo profissional sobre a sua história de vida é um direito que o usuário tem garantido, pela resolução 101/2001 da ANVISA e que, uma vez quebrado, viola um outro direito, associado ao sigilo, que é a garantia do anonimato. Ambos são de fundamental importância em se tratando de usuários de drogas, pois estes costumam sofrer preconceitos e estigmas pela sua condição de usuário abusivo de drogas.

O terceiro endereço está localizado à Rua Monsenhor Severiano, 443 – Petrópolis, desde o dia 22/12/2005. Na cerimônia de inauguração os comentários dos convidados eram em torno da estrutura física da sede. O espaço era mostrado aos convidados, com muito orgulho, pelos técnicos; os mesmos parecia não acreditarem na estrutura do espaço adquirido para o serviço e comemoravam a conquista com muita vibração e entusiasmo, conforme registro fotográfico deste trabalho.



A proposta da estrutura física do CAPSad II – leste é proporcionar um aspecto familiar integrativo e acolhedor com o intuito de ser um espaço de convivência que não se caracterize como um espaço asilar, portanto, seu espaço físico é em forma de casa (com portas abertas), minimamente adequada para o funcionamento do serviço¹¹.

A estrutura física da atual sede constitui-se de: 01 área externa com jardim, 01 sala de estar com TV (também destinada a acolhimento inicial), 01 sala para equipe técnica, 01 sala para administração equipada com computador, 01 espaço para repouso dos pacientes, 02 consultórios médicos sendo um deles adaptado com leito de cuidados, 02 salas para atividades de grupos, 01 sala de enfermagem, 01 sala para farmácia, 01 sala para acolhimentos e triagens, 01 espaço para biblioteca, 01 sala de artes, 01 cozinha industrial com dispensa, 01 copa, 01 refeitório, 01 salão para atividades artísticas de jogos e leitura, 02 banheiros para funcionários, 04 banheiros para pacientes sendo um deles feminino.

O CAPSad II – leste tem capacidade instalada para receber até 100 usuários por dia, sendo quinze (15) na modalidade de tratamento intensivo integral e os demais distribuídos nas modalidades intensivo, semi-intensivo e não intensivo. Funciona de segunda a sexta-feira, das 07:00 as 17:00 horas, em dois turnos de 4 horas (manhã e tarde). Realiza 06 atividades diárias divididas igualmente entre os dois turnos; cada atividade tem duração de 1 hora e 10 minutos e é coordenada por dois técnicos¹². Estas atividades são intercaladas por 15 minutos, para os usuários fazerem uso do banheiro, fumarem e para se servirem de água ou café. Já os técnicos, nestes intervalos, realizam as reuniões de passagem (ponto a ser tratado mais adiante).

A primeira atividade do dia é o café da manhã, iniciado às 08:00 horas. Mais que garantir uma refeição, o café da manhã constitui-se num momento de

¹¹ A estrutura física do CAPSad II – leste está de acordo com o item 6.3 – INFRA-ESTRUTURA FÍSICA da resolução 101 de 30 de maio de 2001 da ANVISA.

¹² Compõe a equipe técnica do CAPS profissionais de nível médio e superior: 01 clínico geral, 01 psiquiatra, 02 assistentes sociais (sendo 01 na direção da casa), 03 psicólogos, 01 nutricionista, 01 farmacêutico, 01 filósofa, 01 pedagoga, 01 enfermeiro, 03 auxiliares de enfermagem e 01 educador físico. Como equipe de apoio: 01 cozinheiro, 02 auxiliares de serviços gerais e 01 equipe de guardas municipais (este não é fixo, trabalha por escala). Nos recursos humanos, conta com 01 administrador. O serviço está sem arte educador e músico, desde dezembro de 2005, pois não há essas categorias profissionais no quadro da Secretária Municipal de Saúde. Portanto, estes profissionais são contratados por tempo determinado enquanto prestadores de serviços. A proposta de trabalho, assim como, as dificuldades encontradas pela referida equipe serão tratadas mais adiante.

acolhida inicial dos usuários que já freqüentam o serviço para com os usuários que chegam para participar das atividades, pela primeira vez, no CAPSad II - leste. O primeiro grupo da manhã inicia-se às 08h:30.

De acordo com a portaria do Ministério da Saúde n.º 224, de 29 de Janeiro de 1992, no seu item 2.4 intitulado “A assistência ao paciente no NAPS/CAPS” inclui as seguintes atividades: “[...] os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições”. (BRASIL, 2004a, p. 245). No entanto, no CAPSad II – leste os usuários que freqüentam o serviço por um turno têm direito apenas, a uma refeição: pela manhã, é servido o café e no turno da tarde é servido um lanche, após a segunda atividade do turno. São garantidas três refeições (sendo uma delas o almoço servido às 12h:00) aos usuários que freqüentam o serviço em dois turnos. O período de (12h:00 às 13h:30), entre um turno e outro, é livre para os usuários freqüentarem a biblioteca do serviço e/ou sala de repouso, deitar-se em colchonetes, ouvirem música de livre escolha e assistirem à televisão.

Pontualmente às 8h:30 e às 13h:30 têm início as demais atividades de rotina do serviço. A partir de um acordo do grupo, realizado há um certo tempo, perdurando até os dias atuais, as atividades do primeiro grupo dos turnos são precedidas de uma oração, o Pai Nosso; posteriormente, iniciam-se os agradecimentos que, geralmente, giram em torno da manutenção da abstinência; por estar vivo; por estar com saúde, etc. Em seqüência, os técnicos indagam o grupo sobre como eles estão, em relação ao uso de drogas; após a resposta dos usuários, o grupo confirma, ou não, o bem-estar dos mesmos. Segue-se com a apresentação do grupo, onde, geralmente, se diz o nome e o tipo de substância psicoativa que costuma utilizar.

Cabe ressaltar uma situação delicada. Trata-se do momento que um dos técnicos ou algum usuário cumpre a difícil função de perceber hálito alcoólico e/ou comportamento **estranho**¹³. Quando se configura tal situação, paira no ar um clima de suspense, pois ninguém quer falar, **entregar** o colega (expressões muito usadas

¹³ Em se tratando de usuários de álcool e outras drogas, entende-se por comportamento estranho aquele fora do habitual e/ou aquele comportamento advindo especificamente de uma determinada substância psicoativa (por exemplo: maconha – olhos levemente mais baixos e avermelhados, riso fácil).

pelos usuários). Os técnicos preferem que eles se ajudem dizendo se perceberam algo **estranho** e que apontem o **suspeito** perante o grupo, ou que este assuma sua recaída para que juntos todos o ajudem a “refletir sobre o caso, identificar a situação em que a recaída ocorre e pensar no que poderia ter feito como alternativa ao uso da droga” (LARANJEIRAS; JUNGEMAN; DUNN,1998, p. 66).

Assumir uma recaída é sempre muito difícil. Soma-se a isso o que ocorre geralmente após a confirmação do hábito alcoólico e/ou comportamento **estranho**, ou seja, os usuários passam por um acolhimento do grupo seguido de uma entrevista com um dos técnicos e voltam ao serviço, apenas no dia seguinte. Os usuários vêem tal processo enquanto constrangimento, fracasso, quando na verdade, a recaída faz parte do tratamento,

[...] é sempre uma crise e tem de ser tratada como tal, não deve ser minimizada, mas também não é motivo para pânico. Ela é uma oportunidade de o usuário aprender sobre as suas situações de risco e tentar conseguir uma recuperação com o menor número de crises possível (LARANJEIRAS; JUNGEMAN; DUNN,1998, p. 66).

Convém enaltecer que tal fato vem sendo reconfigurado tanto na equipe quanto nos usuários, na tentativa que esse momento de identificação da recaída não se caracterize enquanto algo regulador por parte da equipe e fracassante por parte do usuário. A recaída precisa ser entendida e apreendida enquanto algo contextual.

Frente às atividades que o CAPS vem desenvolvendo destacam-se aquelas cotidianas, realizadas com os usuários e aquelas realizadas com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço e dar-lhe unidade. Dessa forma, temos:

Grupo Operativo ou Operacional - tem como objetivo

[...] avaliar junto com os pacientes e buscar soluções sobre as questões de abstinência, da recaída, das relações de convívio dentro do CAPS, das relações do paciente com a família, com o trabalho, com a polícia, com a escola enfim com seus vínculos sociais (Centro..., 1996, p.11).

Observa-se que grande parte das intervenções dos usuários nesta atividade dá-se no sentido de agendar autorização do grupo para saídas com o objetivo de resolver de problemas pessoais e/ou médicos; bem como, justificar faltas e/ou atrasos; raramente se discute a questão das recaídas.

Grupo de Normas e Combinados - coloca

[...] em pauta para discussão e votação os combinados e regras do CAPS, neste momento o paciente reavalia o que poderia ser modificado no tratamento o que tem que permanecer e o que tem que ser criado. Tudo com o objetivo de melhorar as relações de convivência e bem-estar (Centro ... , 1996, p.11-12).

O interesse dos usuários, com base no que se observou neste grupo, é ínfimo, percebido através das dispersões e conversas paralelas acentuadas. Talvez este fato se explique pela própria natureza da atividade - reforçar as normas e combinados. Na maioria das vezes, os combinados realizados pelos usuários são mais fechados e radicais do que os já existentes; e as normas por eles lembradas, são as que têm teor de proibição iniciadas geralmente por um sonoro: não pode... ! e evocadas, sobretudo, na entrada de novos usuários no CAPSad II – leste.

Grupo Terapêutico

[...] trabalha diretamente com os aspectos emocionais e de personalidade dos pacientes observando suas relações interpessoais, familiares, e profissionais, avaliando-se as questões da dependência e suas conseqüências [...] o trabalho em grupo cria um campo de interação e identificação entre seus membros, favorável à conscientização [...] estimulando-os assim para a conquista da abstinência... (Centro ... , 1996, p. 09).

Foi percebido nesse grupo um interesse maior, por parte de alguns usuários, em estarem se colocando em relação aos seus problemas afetivos, emocionais, sociais. Talvez o fato se explique pelo número reduzido de usuários nesse grupo, em virtude de só participarem dele aqueles que realmente estão com uma disponibilidade interna para elaborar suas questões subjetivas a serem trabalhadas especificamente nesse tipo de grupo.

Oficinas Terapêuticas:

- De artes: atividade lúdico-terapêutica na busca pelo auto-conhecimento, desinibição, socialização, produção e simbolização, em um espaço para materializar os sentimentos e as vivências através da arte.

Têm o objetivo de contribuir com a desintoxicação do dependente químico, incentivar a abstinência de drogas, desenvolver o senso crítico e perceptivo, promover a integração social, resgatar os valores morais e culturais e, acima de tudo, contribuir na perspectiva da valorização da vida (Centro ... , 1997, s.p.).

- De relaxamento: de acordo com a ANVISA, no item 4.5, que trata da Rotina de tratamento, esta atividade visa "... estimular o desenvolvimento interior (por ex.: yoga, meditação, prática do silêncio, contos e outros textos filosóficos reflexivos)" (BRASIL, 2002, p. 86).
- De jogos: nesta atividade, as normas seguidas são específicas de cada jogo (por ex.: dominó, dama, etc). O objetivo é a descontração e a interação entre os usuários. Caracteriza-se por ser um momento de extravasar as emoções e dar margem à imaginação, à fantasia.
- De jogos e dinâmicas:

Os efeitos terapêuticos, percebidos nos jogos de integração, apontam para a desinibição e sensibilização do paciente [...] o que se busca é uma forma de abordagem que garanta vínculos mais profundos e seguros com os usuários (Centro... , 1997, sp).

- De música: "[...] tem como objetivo fazer com que os usuários encontrem, na música, uma forma terapêutica de tratamento e ao mesmo tempo, consigam uma maneira de reintegrar-se socialmente" (Centro... , 1997, s.p.). Esta oficina resultou na criação do coral de voz única, batizado pelos usuários como Coral Renascer. A apresentação do coral, além de possibilitar aos usuários e técnicos contracenarem em diferentes espaços da cidade e, assim, sair de uma posição de telespectador para uma posição de atuar, possibilita, ainda, ressignificar o estigma e o preconceito recorrentes ao usuário abusivo de álcool e outras drogas.
- De limpeza da casa: essa atividade oportuniza aos usuários cuidarem e zelarem de um espaço coletivo. Atividades que envolvem cuidado são de extrema importância, em se tratando de usuários de álcool e outras drogas, uma vez que essas atividades geralmente não fazem parte do seu cotidiano. Esse tipo de atividade tem por princípio que a "pessoa reaprenderia uma série de responsabilidades e contatos sociais que foram perdidos no processo de dependência de drogas" (LARANJEIRAS; JUNGGERMAN; DUNN; 1998, p. 61). Realizando tais atividades, estima-se que o usuário possa resgatar e afirmar a importância de valorização com o cuidado, assim como, valorizar, cuidar e

preservar as coisas simples e importantes na vida e, ainda, estender esse aprendizado para outros campos de sua vida, tendo em vista que

- Criativa: Tem como objetivo

Estimular a capacidade criativa. Estimular a capacidade de realizar atividades; planejar, organizar e finalizar, administrando as dificuldades, garantindo a continuidade dos trabalhos até o alcance dos objetivos traçados. Despertar para a possibilidade de atividades que possam servir como terapêutica ocupacional e/ou geração de renda. (Centro..., 2002, p. sp).

A realização desse tipo de oficina também permite aos usuários exercerem a criatividade e a administrar as dificuldades encontradas para finalizar a atividade, assim como, possibilita ao usuário, estender o aprendizado para outros campos de sua vida.

- De Jardinagem tem como objetivo estimular o usuário a respeitar a natureza, a cuidar do espaço, a socializar-se e integra-se com o grupo e com a natureza e, sobretudo, a estimular atitudes de valorização da vida.
- De Leitura: Além de possibilitar um espaço para discussão, para compartilhar vivências, se constitui enquanto uma atividade lúdica, de lazer, a qual provoca a percepção e a integração grupal, e ainda, a importância da leitura nas atividades cotidianas.
- De Corpo: Está baseada no LIAN GONG em 18 terapias. Trata-se de uma técnica que une a medicina terapêutica e a cultura física. Consiste em um conjunto de exercícios que visam à prevenção e o tratamento de dores e doenças crônicas. Tem por objetivo transformar o corpo de fraco para forte e de doente para saudável.

São notórios o interesse, o entusiasmo e o prazer dos usuários em participar de todas as oficinas terapêuticas. Eles se divertem, se socializam, concomitantemente a uma gama de aprendizados que essas oficinas proporcionam. Não se trata apenas de um aprendizado intelectual e laborativo, e, sim, de um aprendizado de mudança de atitude diante da vida.

Passeio e/ou Caminhada: É comprovado cientificamente "que os exercícios físicos e outras atividades corporais são responsáveis pela queima de calorias e melhor circulação sanguínea" (Centro..., 1996, p.16) e também facilitam o processo de desintoxicação. Essa atividade só é permitida aos usuários que já

tenham passado por avaliação médica e que se encontrarem aptos à atividade física. Quanto ao passeio, fica a critério dos usuários a solicitação e a escolha do local a ser visitado, mediante agendamento no grupo de Normas e Combinados.

Atividades Culturais: Referem-se às comemorações festivas durante o ano, como: Carnaval (destaca-se a riqueza para a equipe e usuários na construção e participação no carnaval, através da experiência do projeto Loko.Motiva, referido no item anterior), Páscoa, São João, entre outras como por exemplo, o Movimento da luta Antimanicomial e do movimento de Combate às Drogas. Essas atividades, algumas vezes, ocorrem em conjunto com outros serviços, como por exemplo, os CAPS, destinados a pessoas com transtornos mentais, que algumas vezes ocorrem no próprio espaço do CAPSad II – leste e outras vezes em outros espaços. Tais festejos são sempre motivo de muita alegria para os usuários e familiares. Cabe destacar a participação e envolvimento assíduo dos usuários na preparação e no momento dos festejos. O objetivo desse tipo de atividade vai além da integração e socialização: está em possibilitar aos usuários a percepção de que é possível a diversão, sem que esta esteja relacionada ao uso de álcool e outras drogas.

A maioria dos técnicos que compõem a equipe do CAPSad II - leste, com exceção do clínico geral, do psiquiatra, do nutricionista e do farmacêutico, além de coordenar as atividades de rotina supracitadas, desenvolve também as seguintes atividades:

Acolhimento – chegando à casa, o usuário é acolhido (recepcionado), procedimento muito importante, pois se trata do primeiro contato com a Instituição.

O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham. Estabelecer um diagnóstico é importante, mas não deverá ser o único nem o principal objetivo desse momento de encontro do usuário com o serviço. (BRASIL, 2004b, 15).

Nesse momento, o usuário precisa sentir-se acolhido em suas diferenças, sem julgamento, isto é, precisa sentir-se acolhido em suas escolhas, seus objetivos e expectativas em relação ao tratamento. Cabe ressaltar que nem sempre o objetivo do usuário para com o tratamento está na busca da abstinência, e isso deve ser observado, uma vez que “muitos consumidores de drogas não compartilham da

expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços” (BRASIL, 2004c, p. 8).

O usuário precisa sentir-se seguro quanto ao que pode e é necessário fazer e o que pode ser ofertado pelo serviço, respeitando sempre sua vontade e estimulando-o a participar e engajar-se em seu tratamento. Cabe destacar que o acolhimento, enquanto procedimento e enquanto um princípio, deve perpassar os diversos recursos terapêuticos do serviço, não devendo, portanto, ser realizado apenas no momento de recepção do usuário no serviço. Tal procedimento deve ser entendido enquanto

[...] uma estratégia facilitadora de abordagem, motivação, e aderência a qualquer proposta de cuidados [...]. Tal acolhimento, em qualquer nível assistencial (especializado ou não-especializado), deve estar disponível no momento em que a sua necessidade se impõe, uma vez que a ambivalência, a flutuação motivacional e o imediatismo fazem parte da apresentação costumeiramente evidente naqueles que procuram os serviços de saúde [...] (BRASIL, 2004c, p. 16 -17).

O CAPSad II – leste, por entender o acolhimento enquanto um princípio da clínica ampliada, realiza acolhimento diariamente, das 8h:00 às 10h:00. No entanto, o acolhimento não se realiza apenas no primeiro contato institucional. Ocorre diariamente nas atividades grupais, como também, ocorre individualmente, com um dos técnicos, caso haja a necessidade, a qual será avaliada de acordo com a demanda dos usuários.

Triagem – após o acolhimento, o candidato a tratamento é triado, desde que não esteja, no momento, sob efeito de álcool e outras drogas. Neste caso, ele é aconselhado a retornar outro dia. É na triagem que se avalia o nível de comprometimento do usuário e, conseqüentemente, a indicação de turno (manhã, tarde ou dia todo) para o tratamento. Esse processo de avaliação inicial segundo a ANVISA deve se dar investigando, portanto os níveis de comprometimento leve, moderado ou grave nas seguintes dimensões:

adesão – grau de resistência ao tratamento de acordo com o comprometimento da pessoa em avaliação [...] manutenção – grau de resistência à continuidade no tratamento; [...] comprometimento biológico [...], psíquico [...] social, familiar e legal; [...] critério de elegibilidade – as pessoas em avaliação que apresentarem grau de comprometimento grave no âmbito orgânico e/ ou psicológico não

são elegíveis para tratamento nestes serviços, devendo ser encaminhados a outras modalidades de atenção (BRASIL, 2002, p. 77).

Para uma avaliação mais precisa quanto ao comprometimento biológico e psicológico e, conseqüentemente ingresso no tratamento, é necessário um diagnóstico clínico e psiquiátrico do usuário. Cabe destacar que no CAPSad II – leste um diagnóstico clínico e/ou psiquiátrico só ocorre quando o técnico que está realizando a triagem sente dificuldade de saber se um determinado candidato a tratamento tem condições de acompanhar um tratamento de CAPSad. Neste sentido, o candidato a tratamento fica no aguardo de uma consulta com o clínico ou o psiquiatra do próprio serviço.

Quanto ao grau de adesão e manutenção ao tratamento, estes não são critérios que impossibilitem o usuário de ser aceito no tratamento. No entanto, são indicadores que servem de parâmetros para uma avaliação, psíquica e para aferir as chances de sucesso ou fracasso do tratamento, tendo em vista que, além das características acima referidas, são condições essenciais para ingresso no tratamento de CAPSad a voluntariedade e disponibilidade do usuário ao tratamento. O critério da voluntariedade é mantido, mesmo se este vier encaminhado pela Justiça, sobretudo quando enquadrado no artigo 16 da lei 6.368 de 21 de outubro de 1976 “adquirir, guardar ou trazer consigo, para uso próprio, substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar” (BRASIL, 1976, p. 3).

É preciso também, para admissão no CAPSad II leste, que o candidato aceite as normas e regulamentos do serviço, presentes no Contrato Terapêutico,¹⁴ no qual constam informações e orientações acerca dos seus direitos e deveres enquanto usuário, reforçados semanalmente no grupo de normas e combinados. Vale salientar que é assegurado ao usuário de acordo com a resolução 101, de 30 de maio de 2001 da ANVISA, a possibilidade de interromper o tratamento antes mesmo de receber alta terapêutica¹⁵, podendo ser por desistência (alta pedida), desligamento (alta administrativa por violação de uma norma grave do contrato terapêutico, por exemplo: agressão física ou verbal, porte de arma e/ou drogas na

¹⁴ No anexo 1 modelo de contrato terapêutico utilizado pelo CAPSad II - leste.

¹⁵ Dada aos usuários considerados em condições de seguir tratamento ambulatorial, não sendo necessário, portanto, atenção diária.

casa, etc.) ou ainda evasão (fuga). Assim como a garantia ao anonimato, só sendo permitida a divulgação de imagem ou de informações mediante autorização prévia, por escrito, do usuário e da família deste.

Seminário: Atividade didático-científica onde se abordam temas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, saúde, inclusão social, cidadania, qualidade de vida e/ou assuntos de interesse dos usuários, com intuito de propiciar a estes um aumento de conscientização.

Reunião de Avaliação

[...] É um grupo realizado no final do expediente com o objetivo de avaliar o dia de tratamento dos pacientes e as possíveis ocorrências [...] é composto por pacientes e equipe técnica do período da tarde, [...]. (Centro..., 1996, p. 10).

Reuniões de Passagem - ocorrem diariamente, após cada grupo, tendo duração de 5 a 10 minutos, com o intuito de passar aos técnicos que não participaram da atividade, os acontecimentos mais relevantes vivenciados pelo encontro (equipe, usuários e família). Acontece também diariamente, ao final do primeiro turno uma reunião de passagem maior, com duração de uma hora, onde são dados alguns encaminhamentos, tomada de decisões importantes referentes a altas, advertências, apresentação da triagem de novos usuários, estudos de casos, discussão sobre contrato terapêutico, redução de turno, avaliação de desempenho dos usuários, mudança de contrato terapêutico, bem como assuntos de ordem burocrática.

Supervisão - momento para autocrítica, avaliação do grau de resolatividade e da qualidade do serviço, discussão da adequação dos objetivos e incorporação de novos; é necessária para que a equipe não caia no espontaneísmo. São discutidos conflitos de natureza variada (política, econômica, administrativa, interpessoal, etc.). Ocorre sob orientação de um profissional externo de reconhecida competência técnico-teórica. Desde o início do CAPSad II – leste quem está à frente das supervisões institucionais é Maria Elizabete de Carvalho Freitas.

A frequência dessa atividade depende da conjuntura do CAPSad II – leste, uma vez que o serviço pára, ao realizar tal atividade. O mesmo ocorre com as discussões que norteiam a supervisão, isto é, depende do momento pelo qual a

equipe está passando. Cite-se o exemplo das supervisões ocorridas no ano de 1999. Conforme relatório do serviço, no ano de 1999

Houve supervisões mensais e semanais ao serviço do CAPS que objetivaram uma mudança na abordagem do serviço, como também no acolhimento realizado pelos serviços no sentido de reforçar e aprimorar o vínculo com o paciente e, conseqüentemente, obter uma maior adesão ao tratamento (Centro... , 1999, sp).

Ainda de acordo com o referido relatório, tais supervisões ocorrem com mais freqüência em virtude da queda nos acolhimentos e nas triagens. Tal baixa é provocada por uma maior clareza da demanda do CAPS, baixa divulgação do serviço, insegurança da equipe em realizar triagens devido a dúvidas de mudança de endereço do serviço, perdas salariais, causando desestímulo na equipe, ausência da coordenadora do CAPS por cinco meses referentes à licença médica e mudança na rotina do serviço. Neste sentido, as supervisões dão o suporte necessário para superação desses tipos de questões. Já no relatório de 2002, a equipe solicita um maior número de supervisões sob a alegação de que estas “animam os funcionários e proporcionam unidade ao tratamento e às ações desenvolvidas no CAPS”.

Atendimento Individual – é um espaço onde o usuário pode ser acolhido em sua singularidade, através de consultas médicas, uma escuta dirigida, atendimentos psiquiátricos e clínicos gerais. Pode ser também medicamentoso (mediante acompanhamento de horário e dosagem pela equipe de enfermagem) e ainda psicoterápico nos casos que se fizerem necessários, uma vez que é priorizado o atendimento em grupo.

Grupo de Família –

[...] procura-se levar os familiares a refletirem sobre seu modo de vida e como isso contribui nos agravos da dependência de drogas. De um modo geral, os familiares chegam ao CAPS desesperançosos e querendo que o profissional resolva seu problema. A partir daí, são trabalhadas, no grupo, suas expectativas, frustrações, fantasias, raivas e tristezas, buscando levá-los a uma mudança de comportamento frente à compreensão da dependência química e, conseqüentemente, a reverem suas relações familiares, de modo a interferir na melhoria do quadro do paciente (Centro... , 1997, sp).

O grupo de família tem duração de uma hora e acontece semanalmente, às segundas e terças-feiras, no horário da tarde, ficando a critério do familiar ou

responsável, a escolha do dia. É imprescindível a freqüência neste grupo, do familiar ou do responsável que tenha usuário menor de 18 anos em tratamento. No entanto, este acompanhamento é importante para todo familiar que tenha um parente em tratamento, pois as pessoas em convívio com usuários de álcool e outras drogas têm tendência a desenvolver a co-dependência, entendida por Vespucci e Vespucci (1999, p. 26) como: "doença mental em que o comportamento do co-dependente é igual ao do dependente, com uma desvantagem: não tem o prazer da bebida ou de outra droga". Neste sentido, as famílias encontram nesse grupo o apoio necessário para se ajudarem e, conseqüentemente, ajudarem seu familiar em tratamento.

O CAPSad II – leste, consciente de sua incompletude institucional, sempre esteve preocupado em trabalhar de forma integrada com outras instituições sociais, como forma de potencializar a resolutividade de suas ações. Neste sentido, faz parte de uma rede de instituições, com o intuito de atender de forma integral às mais diversas e complexas demandas que envolvem os usuários de álcool e outras drogas. O CAPSad II – leste mantém vínculo e responsabilização¹⁶ com as seguintes instituições e/ou serviços:

Para discutir e lutar por algumas questões tais como: discussão racial, garantia de direitos e Reforma Psiquiátrica conta com o apoio das seguintes instituições: Coordenadoria de Direitos Humanos, Organização Não Governamental Kilombo e Promotoria da Saúde. Na garantia de direitos e cidadania, tem parceira com Instituto Técnico e Científico de Polícia – ITEP, Superintendência de Transportes e Trânsito Urbano (STTU), Ouvidoria da Secretaria de Segurança do RN. Na garantia de acesso a serviços médicos, conta com o apoio da Medicina Comunitária.

Na área de qualificação profissional para os usuários do serviço o CAPSad II – leste, tem como instituições parceiras o Serviço Nacional de Aprendizagem do Cooperativismo (SESCOP) e o Centro Educacional Dom Bosco; e para realizar curso de capacitação para a equipe do CAPSad II – leste, tem como instituições parceiras, Sociedade Civil Bem-Estar Familiar do Brasil – BEMFAM e o Núcleo de Estudos em Saúde Comunitária (NESC) da UFRN. Ainda conta com o apoio da Guarda Municipal, para guardar o patrimônio institucional; e com A& G –

¹⁶ Vínculo e responsabilização são termos em substituição a Referência e Contra-Referência e, significa encaminhar e acompanhar o desenvolvimento dos usuários nas instituições acolhedoras.

Locação de mão de obra LTDA da qual é encaminhada a equipe de apoio do CAPSad II – leste.

O CAPSad II – leste recebe usuários encaminhados das seguintes instituições: Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, Núcleo de Orientação e Acompanhamento dos usuários e dependentes químicos (NOADE), Conselhos Tutelares, Secretaria Municipal do Trabalho e Ação Social (SEMTAS) – Projeto Rodeiros, Delegacia da Mulher, Forças Armadas (marinha, Exército e Aeronáutica), Fundação Estadual da Criança e do Adolescente (FUNDAC), Clínica Santa Maria, Vara da Infância e Juventude e Promotoria da Criança e Adolescente. Realiza encaminhamentos para: Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. Tanto recebe quanto encaminha para: Projeto Sentinela, SOS Criança, Casa Renascer, Unidade de Tratamento de Álcool e outras Drogas do Hospital Universitário Onofre Lopes (UTAD/HUOL), Hospital João Machado, Comunidades Terapêuticas e Amor Exigente.

No campo de estágios mantém parcerias com Departamento de Serviço Social (UFRN, FACEX), Departamento de Psicologia (UFRN, UNP), outros departamentos (UNP, UFRN, FACEX). No tocante à realização de visitas e passeios junto aos usuários, o CAPSad II – leste, conta com o apoio do Parque das Dunas, da Fundação José Augusto e Marcos TUR. Conta com o Conselho Estadual de Entorpecente (CONEN – RN) para realização de eventos na área de álcool e outras drogas. E ainda conta com o apoio da 4ª e 9ª VARAS CRIMINAIS, no que se refere ao recebimento de recursos materiais, através das penas pecuniárias.

A proposta de trabalho da equipe do CAPSad II - leste está em consonância com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e do preconizado pelo Relatório da 2.ª Conferência Nacional de Saúde Mental em seu 1.º capítulo – Da Atenção Integral no tópico Trabalhadores: organização do trabalho, capacitação e investigação que prevê uma equipe de trabalho multiprofissional, composta por profissionais de outras áreas de conhecimento, isenta do loteamento de funções e com participação mais efetiva dos auxiliares e atendentes.

Na referida instituição os profissionais de nível médio, como por exemplo, a auxiliar de enfermagem realiza acolhimento, triagem, participa dos grupos, isto é, participa ativamente da equipe, a qual está em busca de práticas interdisciplinares entendidas

como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência à horizontalização das relações de poder entre campos implicados. Exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação das diferenças e convergências desses conceitos e, assim gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição, mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos (VASCONCELOS, 2000, p. 47).

No entanto, O CAPSad II – leste vem encontrando dificuldades para desenvolver uma prática interdisciplinar, uma vez que a equipe médica (clínico geral e psiquiatra) não tem o hábito de participar das reuniões de passagem, das supervisões ou qualquer outra atividade, em conjunto com os demais membros da equipe. Tal postura dificulta o *feedback*, a troca de conhecimentos, a aprendizagem mútua e, conseqüentemente, o avanço às práticas interdisciplinares.

Talvez a não participação da equipe médica nas atividades de equipe ocorra em virtude desta ter uma carga horária insuficiente para o serviço. Cabe ressaltar que, além da carga horária insuficiente, outros fatores influenciam a garantia de uma prática profissional interdisciplinar. Cite-se, por exemplo, a equipe ter conhecimento do significado de prática interdisciplinar; para tanto, precisa ter acesso a constantes capacitações; também precisa ter compromisso com a qualidade de sua prática profissional. Para isso, além de estar identificada com a proposta de trabalho realizada no CAPSad II – leste, precisa sentir-se valorizada, ter incentivos salariais e ter, sobretudo, a capacidade de automotivar-se. Nessa perspectiva

[...] uma cultura profissional adequada ao contexto da saúde pública, em que os profissionais possam aderir as propostas de mudança de suas identidades profissionais convencionais para se engajar em práticas interdisciplinares, exige um mínimo de reciprocidade em termos de salários dignos, boas condições de trabalho, jornada de trabalho que evite os multiempregos excessivos (o que impede o compromisso com o trabalho) (VASCONCELOS, 2000, p. 57).

Talvez um dos fatores que mais interfira na garantia de práticas interdisciplinares seja a dificuldade de captação de profissionais com perfil para o serviço prestado no CAPSad II - leste .

[...] é essencial recrutar profissionais identificados politicamente com o projeto assistencial inovador e que possuam flexibilidade e competência para trabalhar de acordo com os novos modelos de práticas propostas (VASCONCELOS, 2000, p. 60).

Todos os relatórios do CAPSad II – leste trazem a discussão, a reivindicação e a indignação quanto ao recurso humano do serviço ser insuficiente e a necessidade de contratação de profissionais com perfil minimamente adequado à proposta do serviço, uma vez que os profissionais, em geral, têm preconceito e rejeição para com os usuários de saúde mental, sobretudo quando estes são usuários de álcool e outras drogas. O preconceito e a rejeição, na maioria das vezes, são velados, inconscientes, o que não os torna um problema menor.

A equipe, durante esses dez anos de existência do CAPSad II – leste, tem enfrentado grandes problemas e desafios. Entre eles destacamos: manutenção e reposição de recursos humanos com perfil adequado ao serviço; carga horária insuficiente; salários dignos, sem privilégios de categorias; e, melhores condições de trabalho. A equipe também enfrentou problemas de ordem administrativa como cobrança de aluguel do espaço utilizado, contas de água, luz e telefone em atraso; escassez de material de expediente e de medicamentos e alimentos; dificuldades na aquisição de equipamentos eletrônicos, como computador para facilitar os serviços administrativos; períodos de ausências de administrador(a) no serviço. Cabe ressaltar que, a partir de 2003 até os dias atuais, ocorreram sucessivas mudanças na coordenação de Saúde Mental, o que gera inseguranças a respeito da continuidade da política de Saúde Mental e, conseqüentemente, do trabalho já desenvolvido.

A equipe teve que saber lidar com a falta de vagas nas unidades básicas de saúde que dão seqüência ao tratamento, o que ocasionou recaídas, retornos e/ou criação de um vínculo maior com os usuários que já se encontravam em processo de alta terapêutica, uma vez que estes solicitavam, constantemente, atividades que englobavam ex-usuários, como também teve que lidar com a falta de divulgação adequada do serviço. É comum os veículos de comunicação (imprensa) e a própria literatura específica, ao tratarem de saúde mental, tenderem a privilegiar a "loucura" em detrimento da problemática que envolve o uso abusivo de álcool e outras drogas. Talvez tal fato ocorra, em virtude do pouco tempo de existência da política pública na área de álcool e outras drogas.

Frente a todas essas dificuldades, bem que estas poderiam constituir-se em confortáveis pretextos para o serviço não avançar, ou ainda, acentuar um processo de precarização do serviço. No entanto, não obstante todas essas dificuldades, a proposta do CAPSad II – leste foi capaz de provocar visitas da coordenação de saúde mental, do CAPS e de profissionais de João Pessoa – PB; de Dr. Gustavo Couto, psiquiatra e Consultor do Ministério da Saúde; do Coordenador de Saúde Mental de Porto Alegre – RS; de Dra. Ana Pita – Coordenadora de Saúde Mental em nível nacional; de Dr. Heitor de Macedo; do psiquiatra francês Claude Olivienstein (psicanalista e uma das maiores autoridades na temática de uso abusivo de álcool e outras drogas). Em 1999, a equipe registra a visita da prefeita de Natal, a Sra. Wilma Maria de Faria e sua comitiva, como histórica, tendo em vista que o serviço, nos seus três anos de existência, ainda não havia recebido a visita de prefeito(a).

A proposta de trabalho do CAPSad II – leste também despertou o interesse das universidades em consolidar o serviço enquanto campo de estágio supervisionado. Durante seus dez anos de existência o serviço recebeu 5 estágios curriculares supervisionados, sendo 1 na área de Psicologia e 4 em Serviço Social. Ainda despertou a atenção de profissionais da área de saúde mental de outras unidades de saúde de Natal e do Rio Grande do Norte, como de outros estados, para conhecer o trabalho desenvolvido no CAPSad II – leste e trocar experiências. A equipe do CAPSad II – leste, durante esses dez anos, esteve envolvida no processo de realização e participação de eventos, cursos, palestras, seminários, reuniões, encontros ligados à saúde mental e à problemática que envolve o uso abusivo de drogas, em nível local e nacional.

A realização nesse tipo de atividade e participação nelas permitem manter viva a discussão no tocante a problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, além de possibilitar o acompanhamento dessa discussão em âmbito nacional, testando, *in loco*, sua **eficácia** ou não. Sinalizam incentivos e possibilitam realizar críticas e propostas de mudança ou de reforço às ações que já estão sendo desenvolvidas em âmbito local.

O esforço e o engajamento para se manter um serviço comprometido com os princípios da cidadania têm dependido principalmente do que VASCONCELOS (2000) chama de "pactos políticos e sociais locais". Aqui em Natal, pode-se dizer sem correr o risco do exagero, que a efetivação e manutenção da proposta do

CAPSad II – leste é atribuída, sobretudo, à permanência da equipe de coordenação de Saúde Mental do município, apesar das mudanças de governo, e da defesa e compromisso incessantes da equipe do CAPSad II - leste pela qualidade do serviço prestado aos usuários.

Estes, os usuários, são os maiores beneficiários do compromisso da equipe, refletido na qualidade do serviço prestado. Mas quem são os usuários do CAPSad II – leste? Essa questão será tratada na próxima parte, ou seja, o usuário do CAPSad II – leste será conhecido em interface com o tratamento.

4.2 conhecendo o usuário do CAPSad II – leste

INAUGURAÇÃO DO CAPS

*Eu sou [...], e saúdo
As autoridades presentes
Todo o Pessoal do
CAPS,
Familiares, Pacientes
Enfim, a todos, bom dia!
É com imensa alegria
Que estou aqui
novamente.*

*Há exatamente seis anos,
Pelo CAPS eu passei
E logo nos primeiros dias
Sabe o que eu
encontrei?!
Respeito e compreensão
Disciplina e união*

E com isso, me encantei!

*Me senti um ser humano!
Mas sem saber
caminhar...
Me envolvi no tratamento
Pois eu poderia contar
Com uma equipe
competente,
Um Grupo bem
persistente
E o meu querer mudar.*

Era o apoio necessário

*Para eu poder parar,
Redescobrir quem eu era*

*E do alcoolismo me
inteirar.*

*Os limites compreender,
Meus sentimentos
entender
E a vida replanejar.*

*Era praticando lá fora
O que aqui eu aprendia
Que a mudança ia fluindo
Devagarzinho, dia-a-dia.
Mudei meu jeito de ser
E hoje sinto que viver
É uma linda poesia!*

*Se eu ressurgi para a
vida
O mérito não é só meu
Nos trabalhos de
bastidores
Uma mão me protegeu
E eu jamais esquecerei
E as conquistas,
partilharei
Com o CAPS, que me
acolheu.*

*Toda a grandeza do
CAPS
É impossível aquilatar
Mas a minha gratidão
Eu vou sempre expressar
Ora em palavras, ora em
gestos
Precisando, estou por
perto
É só me comunicar!*

*Conheço a luta do CAPS
Por um espaço adequado
E estou bastante feliz
Vendo o Centro
inaugurado.
Com o poder Público
apoiando
Mais vidas, vamos
salvando
É o serviço melhorando!*

*Adorei a Nova Casa:
Uma cozinha bem legal!
Espaço para as oficinas,
Primeiro andar e quintal
E até sobrou um cantinho
(Mesmo que apertadinho)
Pra festinha de Natal! (...)*

(ex usuária do serviço).

Para conhecer o usuário do CAPSad II – leste realiza-se uma pesquisa documental nos acervos da referida instituição, tendo como espaço temporal o período de 1996 a 2004. Tal espaço temporal foi utilizado, uma vez que a referida pesquisa tem por objetivo, além de conhecer quem são os usuários que geralmente procuram os serviços do CAPSad II – leste, buscar também, conhecer este usuário em interface ao tratamento. Dessa forma, durante o período de 1996 a 2004, o CAPSad II – leste triou 4.666 usuários. Dada a amplitude desse universo, optou-se trabalhar com uma amostra aleatória de 369 usuários, o que corresponde a uma margem de erro de 5% do universo total.

A necessidade de se conhecerem os usuários do CAPSad II – leste está em privilegiar, nesse estudo, a ótica do usuário no tocante à noção de **efetividade** ou não, do tratamento do CAPSad II – leste. Dessa forma, essa pesquisa documental, além de subsidiar a noção de **efetividade**, ou não, do serviço, atribuída pelos usuários; uma vez que tal conhecimento se apresenta em interface ao tratamento; possibilita também, conhecer alguns dados sócio-demográficos dos usuários que procuram o serviço do CAPSad II – leste. Dessa forma, conhecer o usuário do serviço possibilita realizar inferências no momento em que este usuário atribuir ao tratamento do CAPSad II – leste a idéia de sucesso ou fracasso, isto é, de **efetividade** ou inefetividade do serviço.

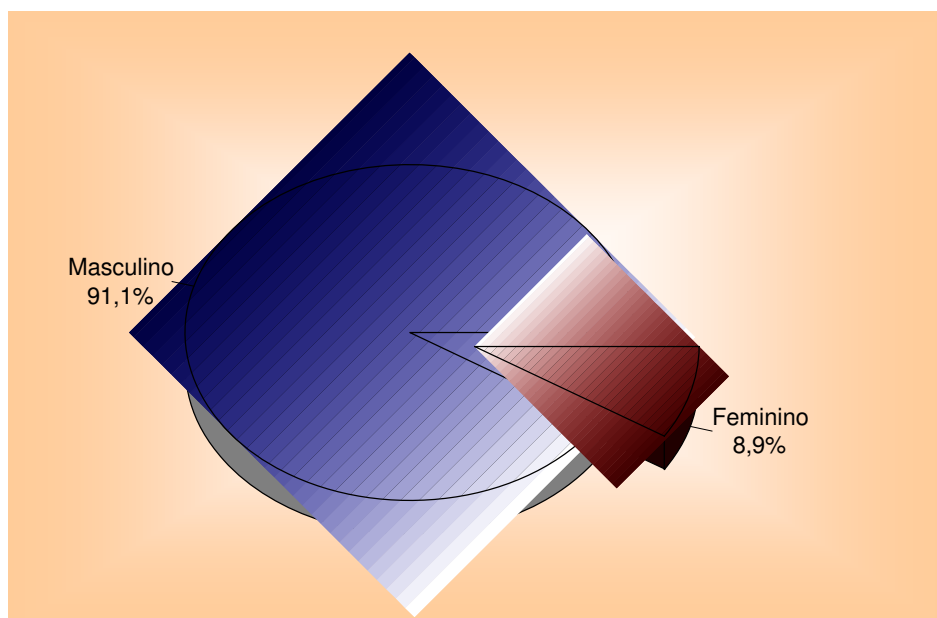


Gráfico 1 – Sexo

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II - leste, junho/2005.

Sabe-se que o uso abusivo de drogas não é uma questão tipicamente masculina, no entanto, constata-se o predomínio de usuários do sexo masculino: 91%, contra apenas 9% do sexo feminino. Tal predomínio talvez ocorra em função de as sociedades ocidentais, de uma forma geral, por razões culturais, tenderem a **aceitar** melhor o uso de drogas por homens que por mulheres. Tal fato algumas vezes pode inibir a busca das mulheres por ajuda especializada, isto é, tratamento.

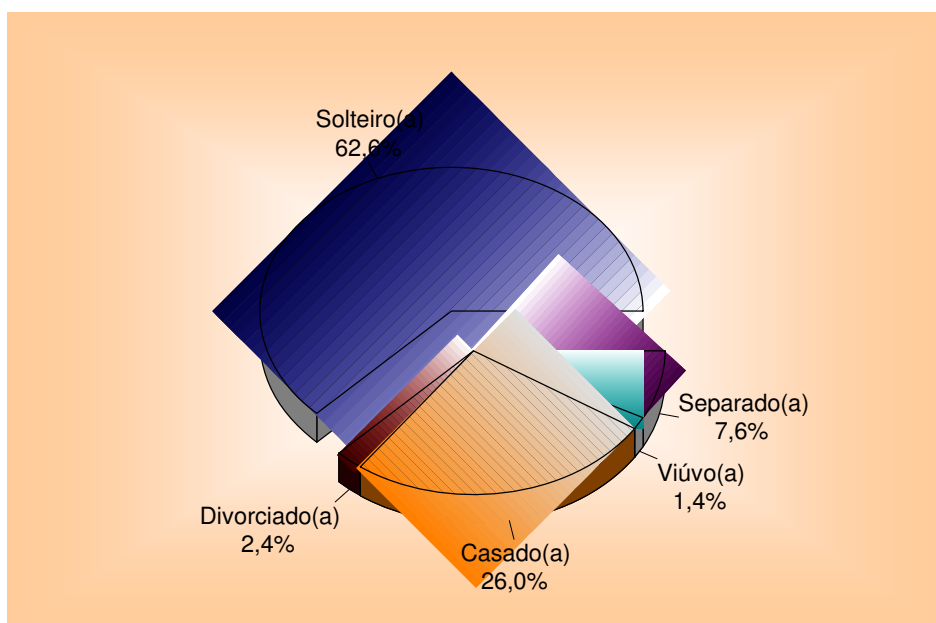


Gráfico 2 – Estado Civil

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II - leste, junho/2005.

A maioria (62%) dos usuários do CAPSad II – leste declaram-se solteiros, sem nenhum tipo de relação conjugal; 26% possuem relação estável, com ou sem registro civil; 8% estão separados; 2%, divorciados e 1%, viúvos. O predomínio de solteiros, muito provavelmente, está relacionado ao predomínio da baixa faixa etária destes usuários: 14 a 24 anos, conforme o gráfico seguinte.

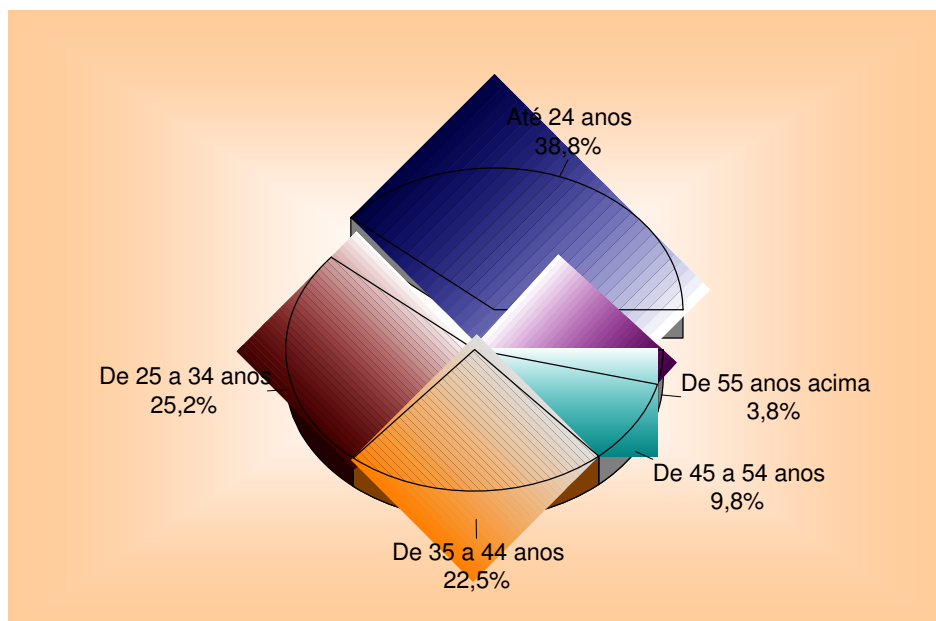


Gráfico 3 – Faixa Etária

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II - leste, junho/2005.

Um número significativo (38,8%) dos usuários do CAPSad II – leste tem idade de 14 a 24 anos; 25,2% têm de 25 a 34 anos; 22,5% têm de 35 a 44 anos; 9,8% têm entre 45 a 54 anos; e, apenas 3,8% têm mais de 55 anos. Esses dados revelam que a maioria dos usuários que estão buscando ajuda para o uso abusivo de drogas no CAPSad II – leste são jovens.

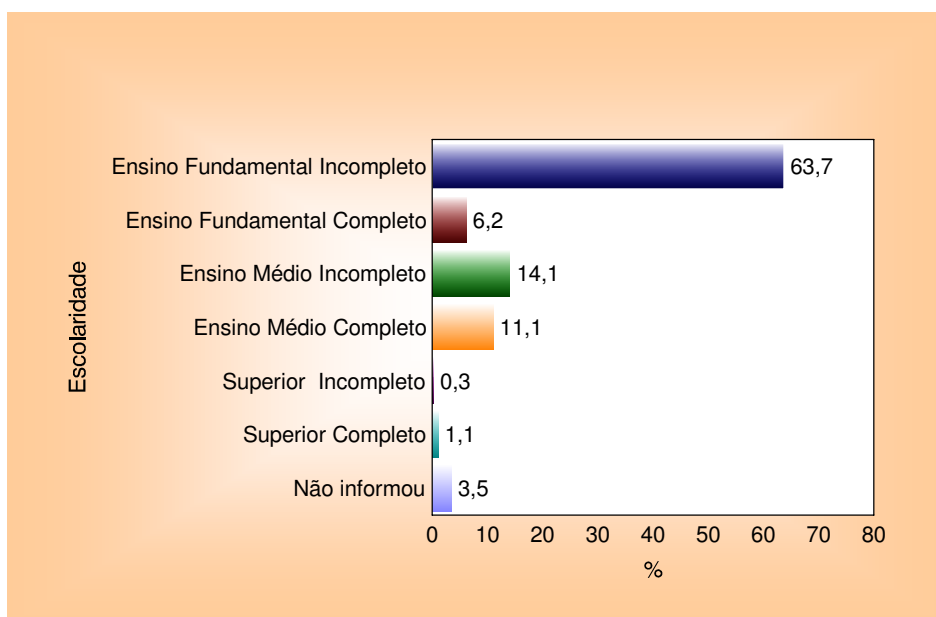


Gráfico 4 – Escolaridade

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II - leste, junho/2005.

No que diz respeito ao nível de escolaridade dos usuários do CAPSad II - leste, nota-se que a maioria (63,7%) possui ensino fundamental incompleto; 6,2% têm ensino fundamental completo; 14,1% possuem ensino médio incompleto; 11,1% possuem ensino médio completo; e apenas 1,1% têm ensino superior completo. Dados que sinalizam uma consonância com o nível de instrução do Nordeste. 67,1% dos chefes de família têm, no máximo, sete anos de estudo (IBGE¹⁷ apud DIEESE¹⁸, 2001: p. 19), o que corresponde ao ensino fundamental. Não há relação direta do uso abusivo de drogas com o nível de escolaridade de uma pessoa, no entanto, talvez por se tratar de uma instituição pública (gratuita e de fácil acesso) congregue um maior número de usuários com baixa escolaridade e, por isso, na maioria das vezes, também com baixa renda.

¹⁷ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

¹⁸ Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos.

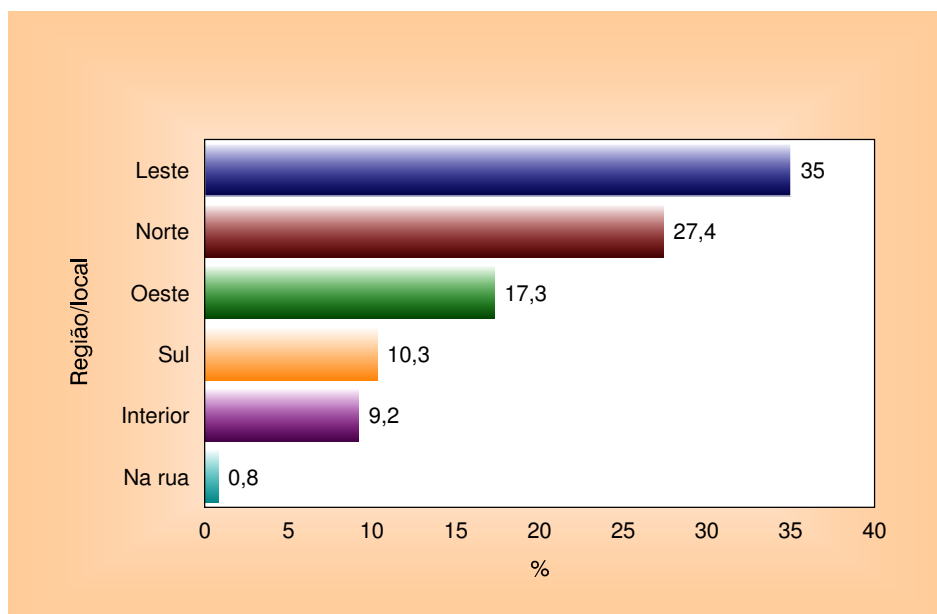


Gráfico 5 – Região/local que reside

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II - leste, junho/2005.

No que se refere à região em que residem os usuários do CAPSad II – leste, observa-se que o maior número 35% reside na Zona Leste de Natal; seguida de 27,4% da Zona Norte; 17,3% da Zona Oeste; 10,3% da Zona Sul; 9,2% residem no interior do estado e 0,8% são moradores de rua da cidade do Natal.

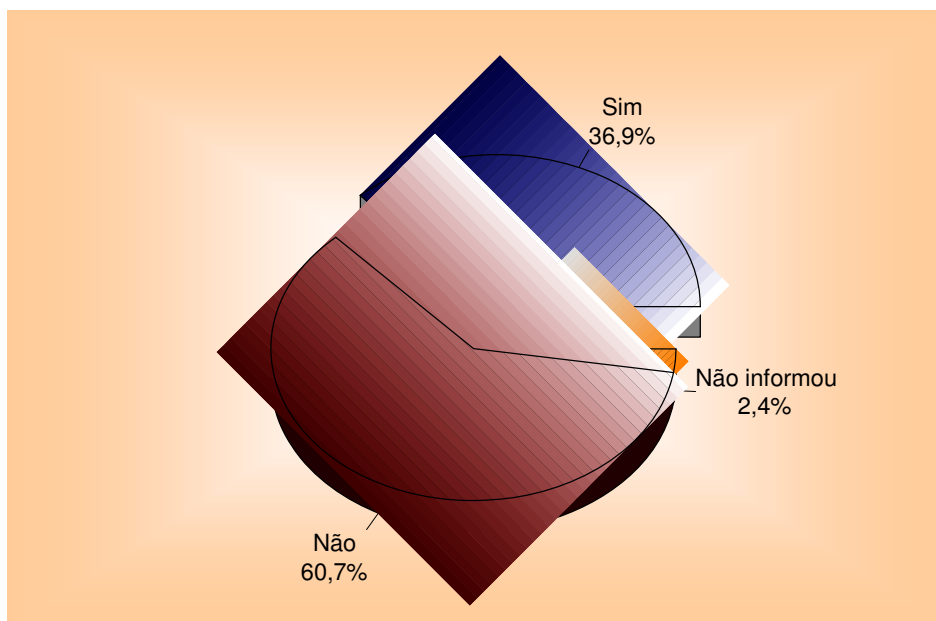


Gráfico 6 – Situação de trabalho

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II - leste, junho/2005.

No que se refere à condição de trabalho dos usuários do CAPSad II – leste, a grande maioria (60,7%) não estava trabalhando no momento que foram triados na instituição. É sabido que a problemática do desemprego é uma questão de ordem estrutural e conjuntural; no entanto, essa questão torna-se ainda mais expressiva nos usuários abusivos de álcool e outras drogas, uma vez que estes “representam um segmento marginalizado dentro do conjunto dos socialmente excluídos” (BRITES, 1995, p. 103). Tal fato torna sua inserção e permanência no mercado de trabalho ainda mais restrita, em virtude de apresentarem dificuldades em desempenhar satisfatoriamente suas funções, devido aos efeitos e conseqüências biopsicossociais específicas de cada tipo de uso abusivo de drogas, caso não estejam em abstinência.

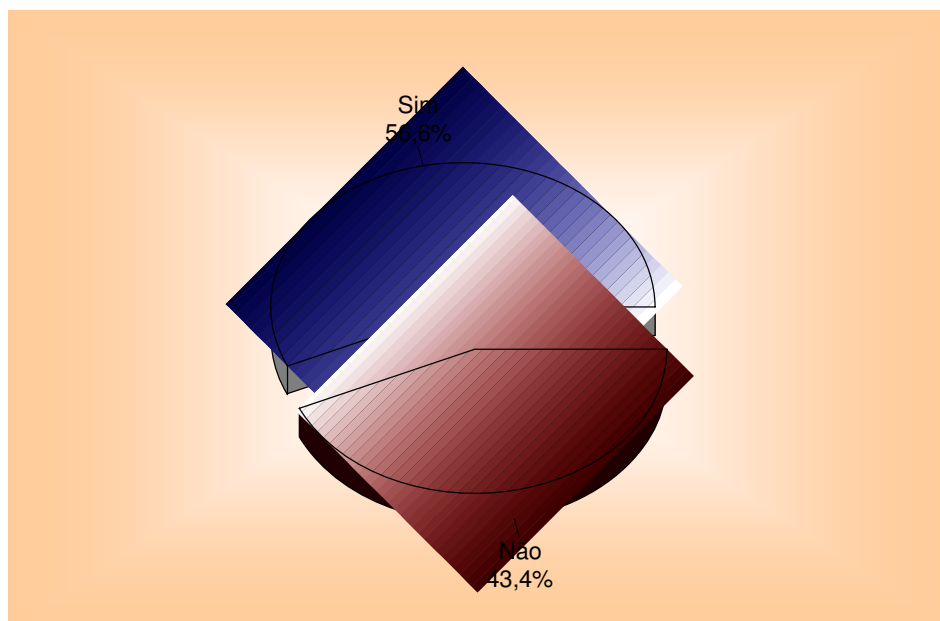


Gráfico 7 – Situação de paternidade

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II - leste, junho/2005.

Apesar da grande maioria dos usuários (62%) serem solteiros, 56% possuem filhos. Sabe-se que não há uma relação direta do estado civil de casado, de uma pessoa, para que ela tenha filhos.

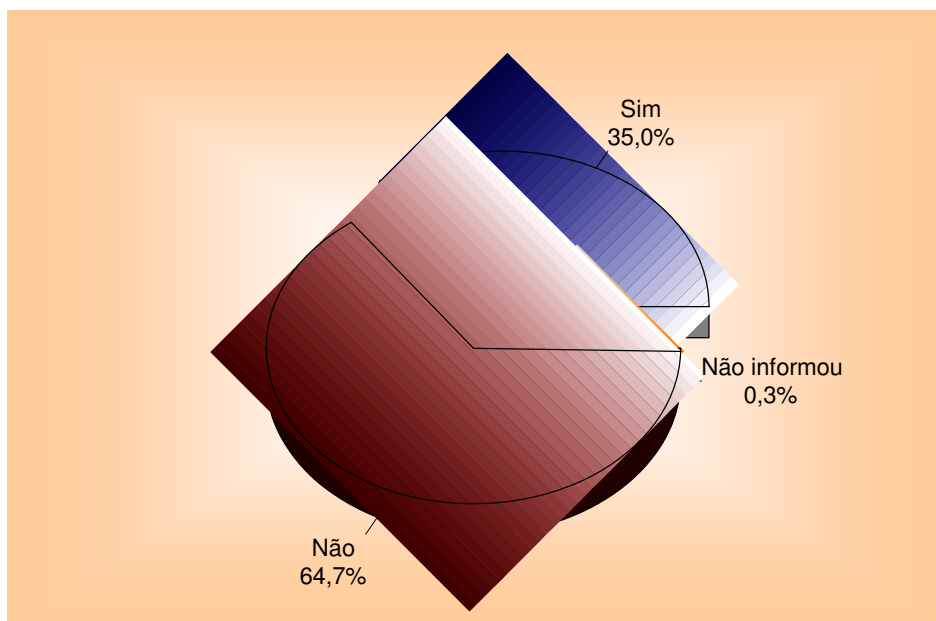


Gráfico 8 – Passagens em Tratamento ou grupo terapêutico anteriores ao CAPSad II – leste

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II - leste, junho/2005.

A grande maioria (64,7%) dos usuários do CAPSad II – leste não passaram por outro tratamento ou grupo terapêutico antes de iniciar o tratamento na referida instituição, ou seja, o CAPSad II – leste foi a primeira instituição onde o usuário foi buscar ajuda. Tal dado pode sinalizar um número significativo de usuários com conhecimento da proposta de tratamento do CAPSad II – leste. 35% desses usuários já passaram por outro tratamento ou grupo terapêutico, antes de iniciar o tratamento no CAPSad II – leste, e, ainda assim, optaram por realizar tratamento na referida instituição. A partir desse dado pode-se inferir que os tratamentos anteriores não surtiram o resultado esperado, levando-os a buscar um resultado mais satisfatório no CAPSad II – leste.

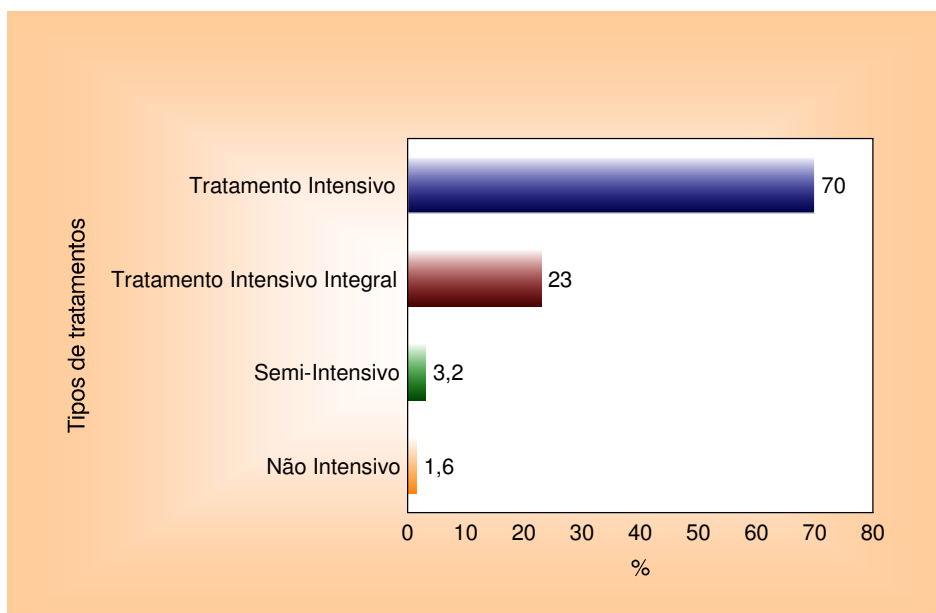


Gráfico 9 – Modalidades de tratamentos

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II - leste, junho/2005.

Dentre as modalidades de tratamentos ofertados no CAPSad II – leste o que apresenta maior incidência (70%) é o tratamento intensivo integral, isto é, com previsão de frequência diária nos dois turnos (manhã ou tarde). Tal fato ocorre porque, a princípio, a equipe do CAPSad II – leste prioriza essa modalidade de tratamento, por entender que as demandas dos usuários da referida instituição, nessa fase inicial do tratamento (30 dias conforme contrato terapêutico), requerem um cuidado maior. Passada essa fase inicial, a equipe avalia o tratamento junto com o usuário, o que resulta, na maioria das vezes, numa mudança de modalidade de tratamento.

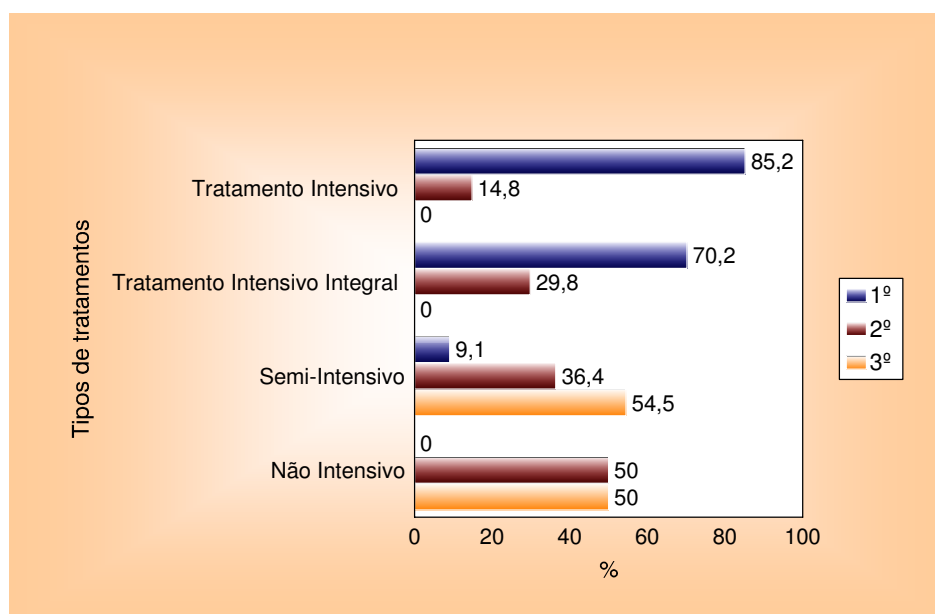


Gráfico 10 – Inserção nas modalidades de tratamento

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II -leste, junho/2005.

A grande maioria (85,2%) dos usuários inicia seu tratamento pela modalidade Intensiva, isto é, com freqüência diária em um dos turnos (manhã ou tarde); 70,2% iniciam pela modalidade Intensiva Integral, isto é, freqüência diária nos dois turnos; apenas 9,1% iniciam seu tratamento pela modalidade Semi-Intensiva, isto é, freqüência de 2 a 3 vezes por semana, em um ou dois turnos. Passada a fase inicial do tratamento ocorre, na maioria das vezes, uma redução de dias freqüentados e, conseqüentemente, mudança de modalidade de tratamento. Dessa forma, o gráfico 10 mostra que 50% dos usuários utilizam a modalidade Não Intensiva, como sua segunda opção de tratamento; seguida de 36,4% na modalidade Semi-Intensiva e 29,8% na modalidade Intensiva Integral. Tal dado revela que estes usuários (29,8%) estavam com uma freqüência menor quando iniciaram o tratamento e após avaliação do mesmo passaram a ter uma freqüência maior, mudando para a modalidade Intensiva Integral. A Terceira modalidade de tratamento com maior incidência (54,5%) pelos usuários do CAPSad II – leste é o Semi-Intensivo, seguida de 50% do Não Intensivo, isto é, com freqüência de uma vez por semana, ou quinzenal.

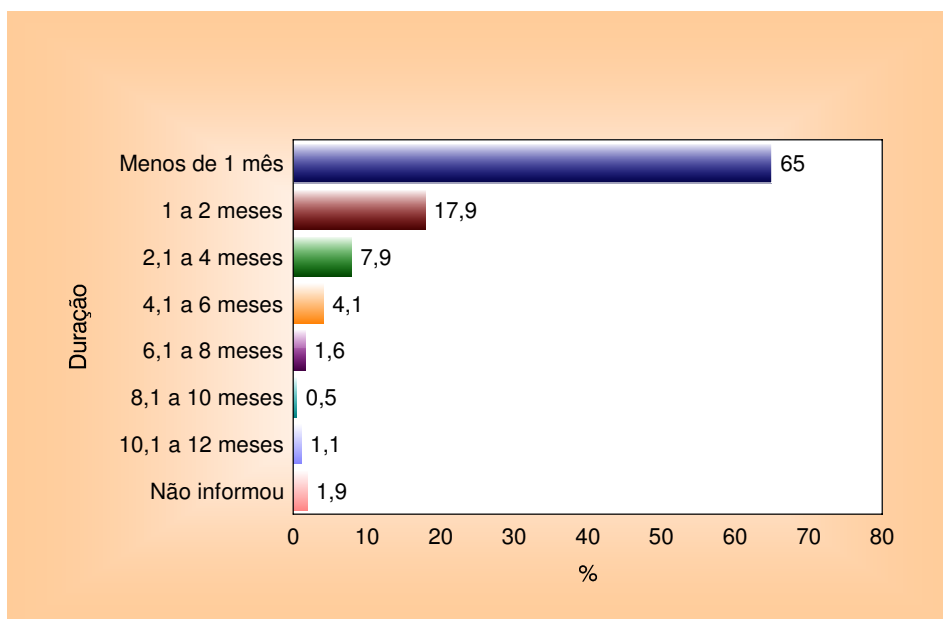


Gráfico 11 – Tempo de permanência no tratamento

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II - leste, junho/2005.

É sabido que não há um consenso quanto ao tempo estimado da duração de um tratamento para uso abusivo de álcool e outras drogas, uma vez que cada indivíduo é único; e assim sendo, a duração do tratamento pode variar de pessoa para pessoa (Fato que pode ser observado na Tabela 1 referente à duração do tratamento dos usuários que saíram por alta terapêutica). Dessa forma, o gráfico revela que um número significativo (65%) dos usuários do CAPSad II – leste tem uma permanência relativamente curta no tratamento, menos de 1 mês, o que equivale à data da primeira avaliação do tratamento, conforme contrato terapêutico. 17,9% têm duração de tratamento de 1 a 2 meses; 7,9% têm duração de tratamento de pouco mais de 2 meses a 4 meses; 4,1% têm duração de tratamento de pouco mais de 4 a 6 meses; 1,6% têm duração de tratamento de pouco mais de seis meses a 8 meses; 0,5% têm duração de tratamento de pouco mais de oito meses a 10 meses; 1,1% tem duração de tratamento de pouco mais de 10 meses a 12 meses.

TABELA – 1 Cruzamento de Duração do Tratamento com Alta Terapêutica

DURAÇÃO DO TRATAMENTO	ALTA TERAPÊUTICA		
	1ª	2ª	Total
Menos de 1 mês	2	0	2
%	5,71	0,00	
1 a 2 meses	16	0	16
%	45,71	0,00	
2,1 a 4 meses	5	2	7
%	14,29	28,57	
4,1 a 6 meses	9	1	10
%	25,71	14,29	
6,1 a 8 meses	2	1	3
%	5,71	14,29	
8,1 a 10 meses	1	1	2
%	2,86	14,29	
10,1 a 12 meses	0	2	2
%	0	28,57	
Total	35	7	42

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II - leste, junho/2005.

A Tabela confirma que não há um tempo ideal para um tratamento destinado a usuários de álcool e outras drogas, uma vez que 2 usuários tiveram alta terapêutica com menos de um mês de tratamento; 16 tiveram alta terapêutica no período de um a dois meses; 7 tiveram alta terapêutica com pouco mais de dois meses a quatro meses; 10 tiveram alta terapêutica com pouco mais de quatro meses a seis meses; 3 tiveram alta terapêutica com pouco mais de 6 meses a 8 meses; 2 tiveram alta terapêutica com pouco mais de oito meses a dez meses e 2 tiveram alta terapêutica com pouco mais de dez a doze meses.

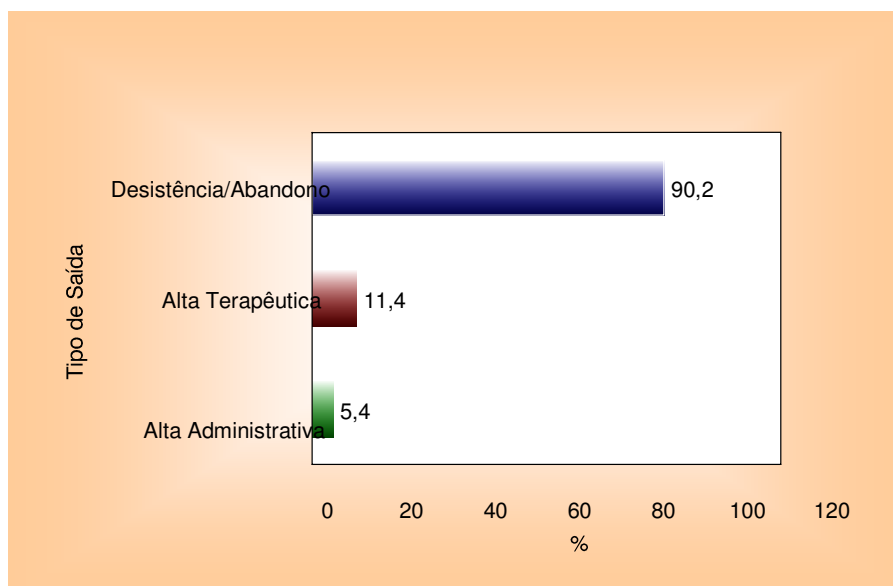


Gráfico 12 – Tipos de saída

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II - leste, junho/2005.

Percebe-se que um número significativo (90,2%) dos usuários saem do tratamento do CAPSad II – leste, seja por desistência (o usuário avisa à equipe que não vai retornar ao tratamento), seja por abandono (o usuário não avisa que não retornará ao serviço); 11,4% saem por alta terapêutica, isto é, a equipe e o usuário avaliam o êxito do tratamento, sendo capaz de realizar a manutenção do mesmo com uma frequência menor; 5,4% saem por alta administrativa, isto é, procedimento disciplinar para aqueles usuários que descumprem o contrato terapêutico e as normas do tratamento. A alta administrativa prevê como encaminhamento a advertência verbal do usuário e seu afastamento do tratamento por um período máximo de 30 dias. A expressividade do número de usuários que abandonam ou desistem do tratamento apresenta uma relação direta com o grau de adesão e as condições biopsicossociais dos usuários, em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas. Essa discussão será retomada na parte 5.2 desse trabalho.

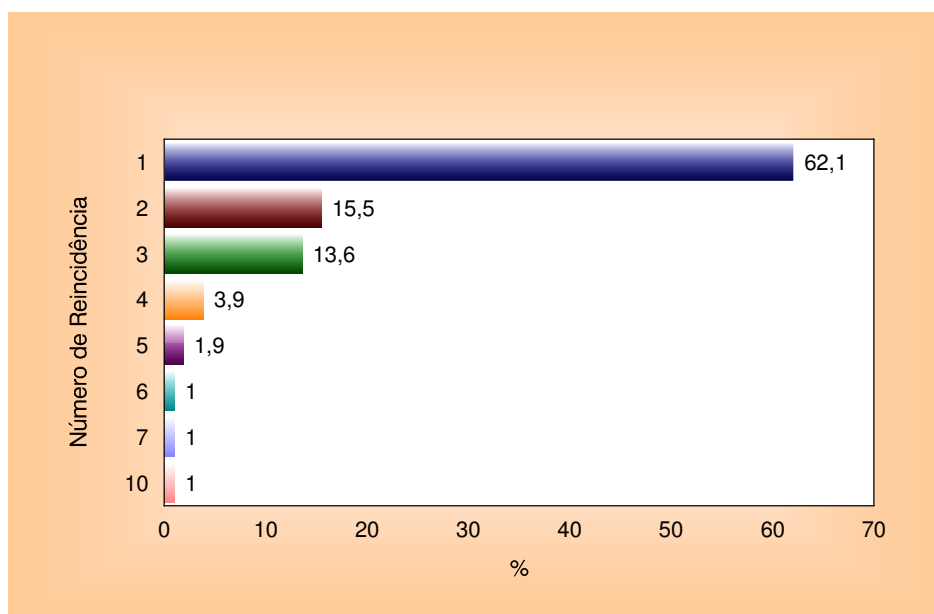


Gráfico 13 – Reincidência

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II – leste, junho/2005.

O número de reincidências ao CAPSad II – leste é relativamente alto. Reincidentes, pelo menos uma vez ao tratamento, são 62,1% dos usuários; Reincidentes por 2 vezes são 15,5%; Reincidentes por 3 vezes são 13,6%; Reincidentes por 4 vezes são 3,9%; Reincidentes por 5 vezes temos (1,9%); Reincidentes por 6, 7 e 8 vezes temos 1% para cada número de vezes. A partir do número significativo de usuários que reincidem ao tratamento, inclusive, por mais de uma vez, pode-se inferir, por um lado, que estes usuários, apesar das saídas do CAPSad II – leste, acreditam no tratamento oferecido por este serviço, uma vez que se não acreditassem, não retornariam ao CAPSad II – leste; procuravam uma outra instituição. Por outro lado, revela também que no caso de um tratamento para usuários abusivos de álcool e outras drogas, seus resultados nem sempre são perenes, já que se trata de uma problemática que exige um acompanhamento sistemático, que nem sempre, o usuário tem condições de realizar, sem ajuda profissional, motivo pelo qual os usuários também reincidem ao tratamento.

TABELA – 2 Cruzamento de Reincidência com Alta Terapêutica

REINCIDÊNCIA	ALTA TERAPEUTICA		
	1ª vez	2ª vez	Total
1	7	2	9
%	20	28,57	
2	0	2	2
%	0,0	28,57	
3	2	2	4
%	5,71	28,57	
4	1	0,00	1
%	2,86	0,00	
5	0	1	1
%	0,0	14,29	
6	1	0	1
%	2,86	0,00	
Não reincidiu	24	0	24
%	68,57	0,00	
Total	35	7	42

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II – leste, junho/2005.

A Tabela mostra, por um lado, que dos 42 usuários que receberam alta terapêutica, 24 usuários (após a primeira alta terapêutica) não reincidiram ao tratamento; por outro lado, revela que desses 42 usuários que receberam alta terapêutica, seja pela primeira vez (35 usuários), ou pela segunda vez (7 usuários), reincidiram ao tratamento em média, de uma a seis vezes. Dos 35 usuários que receberam alta terapêutica pela primeira vez, 7 reincidiram uma vez; 2 reincidiram três vezes, e 1 reincidiu seis vezes. Dos 7 usuários que receberam alta terapêutica pela segunda vez, 2 reincidiram uma vez, 2 reincidiram duas vezes, 2 reincidiram três vezes e 1 reincidiram cinco vezes. A partir do dado de 68,57% dos usuários que, após receberem alta terapêutica pela primeira vez, não reincidiram ao tratamento, pode-se inferir que o grande número de reincidência ao CAPSad II – leste, inclusive, por mais de uma vez, está relacionado àqueles usuários que desistiram ou

abandonaram seu tratamento, por esses motivo reincidiram ao tratamento. Dado que pode ser verificado na Tabela seguinte.

TABELA – 3 Cruzamento de Reincidência com Desistência/Abandono

REINCIDÊNCIA	DESISTÊNCIA/ABANDONO								
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	8ª	10ª	Total
1	17	43	1	0	0	0	0	0	61
%	6,69	87,76	5,56	0	0	0	0	0	
2	2	2	11	0	0	0	0	0	15
%	0,79	4,08	61,11	0	0	0	0	0	
3	1	1	5	6	0	0	0	0	13
%	0,39	2,04	27,78	0	0	0	0	0	
4	1	0	0	0	3	0	0	0	4
%	0,39	0	0	0	0	0	0	0	
5	0	0	1	0	0	1	0	0	2
%	0	0	5,56	0	0	0	0	0	
6	1	0	0	0	0	0	0	0	1
%	0,39	0	0	0	0	0	0	0	
7	0	0	0	0	0	0	1	0	1
%	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	0	0	0	0	0	0	0	1	1
%	0	0	0	0	0	0	0	0	
Não Reincidiu	232	3	0	0	0	0	0	0	235
%	91,34	6,12	0	0	0	0	0	0	
Total	254	49	18	6	3	1	1	1	333

Fonte: Dados Coletados no CAPSad II – leste, junho/2005.

A Tabela revela que de uma amostra de 369 usuários, utilizada para essa pesquisa, 333 desistiram ou abandonaram seu tratamento, de uma a dez vezes e 98 reincidiram ao tratamento, de uma a dez vezes. Dos usuários que desistiram ou abandonaram seu tratamento, 98 reincidiram ao tratamento, e 235 não reincidiram ao mesmo. Dos 333 usuários que abandonaram o tratamento ou desistiram dele: 254 usuários abandonaram o tratamento uma vez; 49 duas vezes; 18, três vezes, 6,

quatro vezes; 3, cinco vezes; 1, seis vezes; 1, oito vezes; e 1, dez vezes. Dos 98 usuários que reincidiram ao tratamento: 61 reincidiram uma vez; 15, duas vezes; 13, três vezes; 4, quatro vezes; 2, cinco vezes; 1 reincidiu seis vezes; 1 sete vezes e 1, dez vezes.

SESSÃO V: AVALIAR É PRECISO: A EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DO CAPSad II – LESTE NATAL/RN

5.1 Avaliação de políticas públicas: construindo o conceito de efetividade

Definindo conceitos

Para vencer o medo que temos, necessitamos dos conhecimentos que ainda não temos. Para conhecer mais, formulamos hipóteses que reforçam nosso medo e nossa curiosidade; insistindo no processo, vamos criando novos medos e preconceitos ou chegamos ao prazer do conhecimento.

Theodoro I. Pluciennik - "Medo e preconceito".

O conceito de **efetividade** não é um conceito rígido e único para qualquer tipo de avaliação de uma política, programa, projeto e serviço público. Trata-se de uma noção que permite uma certa mobilidade. Dessa forma, o conceito de **efetividade** é construído a partir das especificidades da problemática que o envolve, isto porque, uma avaliação de **efetividade** se dá a partir dos objetivos propostos na política, programa, projeto ou serviço público sob avaliação. Neste sentido, para construir critérios que sirvam de parâmetros para a compreensão do que seria **efetividade**, em se tratando de tratamento para usuários abusivos de álcool e outras drogas, discute-se nesta parte, o processo de formulação das políticas públicas; o interesse na avaliação de políticas, programas, projetos e serviços públicos brasileiros; tipos e modelos de avaliação; questões metodológicas em avaliação de políticas, programas, projetos e serviços públicos e avaliação em serviços de saúde mental.

Inicia-se a discussão a partir do entendimento do que seja uma política pública e como se dá seu processo de formulação. De acordo com Silva,

Toda política pública é uma forma de regulação ou intervenção na sociedade. Articula diferentes sujeitos, que apresentam interesses e expectativas diversas. Constitui um conjunto de ações ou omissões do Estado decorrente de decisões e não decisões, constituída por jogo de interesses, tendo como limites e condicionamentos os processos econômicos, políticos e sociais. [...] é um mecanismo de mudança social, orientada para promover o bem-estar de segmentos sociais, principalmente os mais destituídos, devendo ser um

mecanismo de distribuição de renda e de equidade social (SILVA, 2001, p. 38-39).

Conforme a referida autora, são sujeitos relevantes no processo de formulação de uma política pública: **grupos de pressão** que se constituem enquanto prováveis beneficiários dos programas, projetos e serviços. Os grupos de pressão têm a responsabilidade de transformar os problemas sociais em questão social e assim inseri-la na agenda governamental; **os partidos políticos** ou **políticos individualmente**, os quais são responsáveis por aprovar e definir prioridades e objetivos das políticas; os **administradores burocratas** incumbem-se da administração dos programas, projetos e serviços; os **técnicos, planejadores e avaliadores**, sendo responsáveis pela execução dos programas, projetos e serviços; o **Judiciário**, como forma de garantir os direitos dos cidadãos; e ainda, a **mídia**, dando visibilidade aos problemas, programas, projetos e serviços e acompanhando o processo de formulação das políticas.

De acordo com Silva (2001), o processo de formulação de uma política pública ocorre de forma não linear e contraditória, por envolver diversos sujeitos sociais com seus respectivos interesses. Para o processo de formulação de uma política pública, percorre-se alguns momentos. Inicialmente, tem-se um conjunto de problemas merecedores de atenção da sociedade civil e do poder público, a ponto de se transformarem em questão social e, conseqüentemente, gerar a necessidade de uma política. Vencida essa etapa, é hora de elaborar o diagnóstico com o objetivo de estabelecer estratégias de enfrentamento da situação problema. Trata-se agora da escolha de uma alternativa política que está condicionada “à maioria do legislativo, do consenso entre dirigentes ou de decisão judiciária” (SILVA, 2001, p. 39).

Após a formulação da política pública, tem-se a fase da implementação da mesma. Na fase da implementação, a política pública é materializada através de programas, projetos e serviços, os quais se constituem em respostas às situações-problema que foram capazes de gerar a política pública. Essa fase tem como objetivo cumprir as metas e alcançar os resultados previamente estabelecidos. É justamente essa fase, a da implementação da política pública, que geralmente é objeto de estudos avaliatórios. Esse trabalho não foge à regra, uma vez que

pretende avaliar um serviço público, ou seja, avaliar a **efetividade** do tratamento do CAPSad II – leste.

No Brasil não temos uma prática institucionalizada de avaliação de políticas, programas, projetos e serviços públicos, em nenhuma das três esferas de governo (União, Estados e Municípios). Avaliar políticas, programas, projetos e serviços públicos não é algo novo. O Brasil passa a se preocupar, ainda que de forma incipiente, em realizar estudos avaliatórios, a partir dos anos 80, quando entram em cena os novos movimentos sociais demandando políticas, programas, projetos e serviços públicos universalizados na perspectiva de direito à cidadania, uma vez que reivindicavam e denunciavam o mau uso do dinheiro público, sendo a avaliação uma das ferramentas que possibilitam acompanhar o custo-resultado das políticas, programas, projetos e serviços públicos.

De acordo com Silva (2001), outro fator que corroborou com o início do processo de estudos avaliatórios brasileiros diz respeito às críticas ao uso indevido do dinheiro público e a falta de foco das políticas, programas, projetos e serviços públicos, e ainda, em virtude das exigências de instituições financiadoras (Banco Mundial e Banco Interamericano de Desenvolvimento) para uso racionalizado e com maior rendimento do dinheiro público. Dessa forma, esses organismos internacionais condicionaram o financiamento para políticas, programas, projetos e serviços públicos às suas respectivas avaliações que se restringem, na maioria das vezes, à avaliação de **eficiência** (utilização de recursos adequadamente) e **eficácia** (referente ao cumprimento, ou não, das metas das políticas, programas, projetos e serviços públicos). Silva destaca que

[...] no Brasil, a prática de avaliação de políticas e programas sociais ainda é muito restrita e desenvolvida mais como mero controle de gastos do que para realimentar os programas em desenvolvimento, servindo muitas vezes para punir e desenvolver uma cultura do medo (SILVA, 2001, p. 46)

Essa autora afirma que é comum, nas gestões públicas brasileiras, priorizar a informação quantitativa, uma vez que se entende o processo de avaliação como uma atividade de fiscalização e não como um controle institucional, administrativo e social capaz de proporcionar um aprendizado para redirecionar os rumos a que as políticas, programas, projetos e serviços públicos se propuseram inicialmente, sobretudo, para dar subsídios à população na luta por cidadania.

Têm-se aqui dois objetivos para realizar estudos avaliatórios. De um lado, tem-se a restrição econômica e financeira. Neste sentido, o objetivo da avaliação estaria voltado para aumentar a rentabilidade na aplicação dos recursos; por outro lado, tem-se o processo de democratização do acesso a bens e serviços. Aqui, a avaliação tem um teor político, no sentido da efetivação e universalização dos direitos de cidadania. Esse último objetivo só é possível ser concretizado a partir da publicização dos resultados de pesquisas de avaliação confiáveis e do reconhecimento da população enquanto sujeitos de direitos.

Gomes (2001) ressalta que a aprovação ou desaprovação de uma determinada política, programa, projeto ou serviço público está atrelada a um conjunto de valores e determinado senso de justiça. O processo de redemocratização da sociedade brasileira, ocorrido a partir de uma luta empreendida, sobretudo, pelos movimentos sociais, em busca do direito de cidadania, apresenta um certo amadurecimento político dessa sociedade. Dentre estes direitos, destaca-se o princípio participativo na formulação de políticas públicas, consagrado na Constituição de 1988. Tais mudanças constitucionais trouxeram aos municípios brasileiros a responsabilidade em implementar políticas públicas e desafios de ordem econômica, política, social e cultural. Entre eles destaca-se o desafio de fomentar uma cultura política participativa.

A descentralização das políticas públicas possibilitou, embora ainda ocorra de forma incipiente, à sociedade civil organizada cobrar junto ao poder público municipal intervenções de âmbito local nas questões sociais. A participação da população é legitimada através dos conselhos que se constituem em *locus* privilegiado para o exercício da cidadania, tendo em vista que possibilita aos atores sociais, localmente ancorados, apresentarem propostas e exercerem o controle social em âmbito local. No entanto, na maioria das vezes, os conselhos perdem seu sentido originário em virtude do cumprimento das exigências de transferência de recursos da União para os municípios.

Infelizmente, ainda não se tem uma cultura de participação da sociedade civil nos processos decisórios, tampouco tem-se uma cultura política com práticas republicanas e democráticas. Dentre as características das políticas, programas, projetos e serviços públicos no Brasil, há uma tradição da não-participação da população nos processos decisórios. Por outro lado, tem-se uma cultura que ainda

vê os direitos sociais como privilégio, benesse, o que restringe os direitos de cidadania.

Sob o aspecto cultural, tem-se ainda, outra questão, agora referente aos aspectos conceituais de avaliação de políticas públicas. A maioria das instituições vê um processo avaliativo como exposição de suas fragilidades, o que reforça a cultura do medo, por exemplo, da demissão, quando deveria encará-lo como um processo que fornece informações para possíveis correções de políticas, programas, projetos e serviços públicos. Os resultados das avaliações podem contribuir, ainda que indiretamente, para as melhorias sociais da população alvo das políticas, programas, projetos e serviços públicos. Esse é o objetivo primeiro de uma política, programa, projeto ou serviço público: mudar as condições de vida do público ao qual se destina. Isto é, mudar as condições de vida que foram capazes de gerar a necessidade da intervenção do Estado através desses instrumentos.

Quanto ao termo política pública, observam-se também questões de ordem cultural. É idéia recorrente associar-se o público ao estatal, assim como associamos o privado ao mercado. No entanto, a execução de uma política pública pode ocorrer, tanto a partir do próprio poder público ou via parcerias e concessões com o mercado e com Organizações Não Governamentais – ONGs. “É pública na medida em que afeta a todos ou a maioria, sendo portanto o comum, que se contrapõe ao privado, visto que afeta a um ou a poucos.” (GOMES, 2001, P. 31).

Em que pese às questões que envolvem o ato de avaliar, este não é um ato desinteressado ou neutro, é um ato carregado de sentido. Em seu sentido amplo significa atribuir valor a algo, conforme critérios estabelecidos a partir da experiência cotidiana do sujeito que realiza a avaliação; já no campo profissional, como bem observa Silva,

[...] as avaliações são deliberadas, sistemáticas e complexas, orientando-se pelo método científico e apresentando um caráter público. Incluem, necessariamente, uma dimensão que é técnico-metodológica; e outra, que é política; ambas, também necessariamente, articuladas. Trata-se da pesquisa avaliativa, de caráter aplicado, que se utiliza de métodos e técnicas da pesquisa social. (SILVA, 2001, p. 48).

A avaliação “é parte integrante do processo de desenvolvimento da política pública, pois possibilita uma averiguação sistemática do cumprimento de sua

função social” (BELLONI; MAGALHÃES; SOUSA, 2001, p. 45). A avaliação pode ocorrer antes, durante e depois da implementação de uma política, programa, projeto ou serviço público. Trata-se de um compromisso do poder público com a sociedade, no intuito de fomentar novas práticas políticas democráticas e republicanas visando a transparência de suas ações.

Avaliar uma política, programa, projeto ou serviço público implica atribuir-lhe um valor, um dos motivos do ato de avaliar não ser neutro, desinteressado, e sim, carregado de sentido, como dito anteriormente. Todavia, não se restringe apenas à emissão de um juízo de valor. Trata-se de apreender, histórica e contextualizadamente a política, programa, projeto ou serviço público sob avaliação, levando em consideração os objetivos propostos na política, programa, projeto ou serviço público em avaliação, estimulando, assim, o seu aperfeiçoamento. Para tanto, faz-se necessária a construção de um quadro teórico-metodológico a partir de uma concepção de metodologia, método e técnicas de avaliação. Neste sentido, partilha-se com Silva ,quanto a sua concepção de

[...] metodologia, não entendida como um conjunto de procedimentos e técnicas, mas constituindo um corpo teórico de explicação da própria avaliação e de seu objeto; da compreensão de método como raciocínio empregado para aceitar ou rechaçar um fato como verdadeiro e técnica concebida como instrumento utilizado para coletar os dados para analisá-los (SILVA, 2001, p. 64).

O ato de avaliar implica ainda, necessariamente, em escolher o tipo de avaliação a ser realizada. Neste sentido, há muitas divergências entre os autores que discutem avaliação de políticas públicas. No que concerne às diferentes abordagens, é consenso entre os mais diversos autores as noções de **eficiência**, **eficácia** e **efetividade**, embora, muitas vezes, sejam abordadas com outras nomenclaturas. Todavia, foi em Arretche – apoiada nas idéias de Figueiredo e Figueiredo - que se buscou a contribuição mais profícua, para os limites deste texto, sobre os tipos de avaliação envolvendo as concepções de **eficiência**, **eficácia** e **efetividade**.

No que se refere à concepção de **eficiência**, Arretche a entende enquanto “a avaliação da relação do esforço empregado na implementação de uma dada política e os resultados alcançados” (ARRETCHÉ, 2001, p. 34). Trata-se de avaliar a relação custo-benefício, isto é, se o dinheiro gasto na implementação da

política, programa, projeto ou serviço público, compensou em termos dos resultados que esta alcançou. Dessa forma, faz-se necessário e urgente realizar avaliação desse tipo, por ser a **eficiência** de uma política, programa, projeto ou serviço público um princípio democrático, uma vez que o dinheiro empregado na implementação das políticas é público, isto é, advém de contribuições dos cidadãos.

Quanto à concepção de **eficácia**, a autora a compreende enquanto “a avaliação da relação entre objetivos e instrumentos explícitos de um dado programa e seus resultados efetivos”. (ARRETCHE, 2001, p. 34). Trata-se de avaliar em que medida as metas propostas foram alcançadas e/ou realizar uma avaliação entre os instrumentos previstos e os que de fato foram empregados. Dessa forma, chega-se à conclusão pelo sucesso ou fracasso da política, programa, projeto ou serviço público sob esse tipo de avaliação. É o tipo de avaliação mais utilizada, muito provavelmente pela facilidade de sua realização e pelo seu baixo custo. Talvez a maior dificuldade de realização desse tipo de avaliação refira-se à veracidade das informações obtidas sobre o funcionamento da política, programa, projeto ou serviço público sob avaliação.

No tocante a **efetividade**, Arretche a entende enquanto

o exame da relação entre a implementação de um determinado programa e seus impactos e/ou resultados, isto é, seu sucesso ou fracasso em termos de uma efetiva mudança nas condições sociais prévias da vida das populações, atingidas pelo programa sob avaliação (ARRETCHE, 2001, p. 31-32).

Trata-se de avaliar se uma determinada política, programa, projeto ou serviço público causou mudanças nas condições de vida da população beneficiária, isto é, em que medida os resultados qualitativamente esperados foram alcançados. Dito de outra forma, a **efetividade** de uma política, programa, projeto ou serviço público está em mudar as condições de vida que foram capazes de gerar a implementação da política, programa, projeto ou serviço público, com o objetivo de enfrentar a situação inicial, ou seja, a situação problema. Tal enfrentamento não pode perder de vista mudar as condições que foram encontradas antes da implementação da política, programa, projeto ou serviço público.

Verificar a **efetividade** significa demonstrar que os resultados qualitativamente encontrados apresentam uma relação de causalidade com a política, programa, projeto ou serviço público sob avaliação. Neste sentido, esses

resultados qualitativamente esperados ocorreram em decorrência da política, programa, projeto ou serviço público sob avaliação. Assim sendo, não poderiam existir, se não fosse essa determinada política, programa, projeto ou serviço público em avaliação. Tal causalidade é uma das principais questões metodológicas que será abordada mais adiante.

Ainda em relação aos tipos de avaliação de política, programa, projeto ou serviço público. Silva (2001) chama a atenção para a escolha do tipo de avaliação em função do momento de sua realização, de quem realiza, a quem se destina e ao objeto e funções da avaliação.

No que se refere aos tipos de avaliação, em função do momento de sua realização, a autora faz referência aos tipos de avaliação a saber: **avaliação ex-ante**, ocorrida no início do processo de elaboração da política, programa, projeto ou serviço público, a fim de analisar as relações custo-benefício e custo-efetividade; **avaliação durante a execução**, ocorrida durante a implementação da política, programa, projeto ou serviço público. Trata-se de um monitoramento com objetivo de subsidiar possíveis alterações e **avaliação ex-post** ocorrida pós-execução da política, programa, projeto ou serviço público e tem como objetivo buscar informações que possam subsidiar decisões qualitativas e quantitativas.

No que diz respeito a quem realiza a avaliação de uma política, programa, projeto ou serviço público, os tipos de avaliação podem ser: **avaliação externa** é realizada por técnicos que não fazem parte do quadro institucional ao qual está ancorada a política, programa, projeto ou serviço público. Neste sentido, corre-se o risco desses avaliadores não dominarem a realidade da política, programa, projeto ou serviço público sob avaliação. Tais técnicos devem ser, necessariamente, qualificados e experientes em avaliar políticas, programas, projetos ou serviços públicos; **avaliação interna** é realizada na própria instituição que gesta a política, programa, projeto ou serviço público o que permite uma menor resistência à avaliação e um maior conhecimento da realidade; no entanto, pode ocorrer pouca objetividade e choque de interesses entre avaliador e avaliado.

Existem ainda: a **avaliação mista**, que é uma combinação da avaliação externa com a interna, com o objetivo de superar os limites e manter as vantagens de ambas; **auto-avaliação**, em que as pessoas envolvidas na execução da política, programa, projeto ou serviço público realizam esse tipo de avaliação; e **avaliação**

participativa realizada mediante a participação da comunidade, com o objetivo de diminuir a distância entre avaliador e beneficiários.

No tocante aos destinatários da avaliação de uma política, programa, projeto ou serviço público, essa pode ser orientada para os **dirigentes superiores** a quem cabe a definição da política; os **administradores** responsabilizados pela alocação de recursos; os **técnicos**, que são os executores da política, programa, projeto ou serviço público; os **usuários**, que são os beneficiários da política, programa, projeto ou serviço público e os **financiadores** da avaliação.

Quanto ao objeto da avaliação e suas funções tem-se: **monitoramento**, **seguimento** ou **acompanhamento**, **avaliação política da política**, **avaliação de processos e avaliação de resultados e impactos**. Esses dois últimos remetem à noção de **eficiência**, **eficácia** e **efetividade**, conhecidas também como tipos e modelos de avaliação, já discutidos anteriormente. No que se refere ao **monitoramento**, Silva o entende enquanto

Um exame contínuo efetuado em todos os níveis hierárquicos, pela administração do programa, para verificar como estão sendo executadas as atividades. Visa o desenvolvimento dos trabalhos conforme planejado, caracterizando-se, portanto, como uma atividade interna realizada durante a execução do programa (SILVA, 2001, p. 79).

Quanto à avaliação política da política esta ocorre na fase inicial da política, programa, projeto ou serviço público e tem como finalidade

Emitir julgamento em relação a política ou programa em si, implicando em atribuir valor aos resultados alcançados, ao aparato institucional onde o programa é implementado e aos atos ou mecanismos utilizados para modificação da realidade sob intervenção. (SILVA, 2001, p. 80).

De acordo com Arretche, os estudos de avaliação de uma política, programa, projeto ou serviço público são de difícil execução, tendo em vista

A dificuldade de isolar da realidade variáveis efetivamente relevantes; a incerteza sobre os reais objetivos da política avaliada (dada a necessidade de distinguir entre objetivos explícitos e implícitos); as dificuldades de obtenção e adequação das informações; as dificuldades técnicas para estabelecer relações de causalidade entre programas e seus resultados; as dificuldades para

obtenção dos recursos financeiros necessários a realização de avaliações confiáveis [...] Se a esses fatores acrescenta-se o parti-pris do avaliador, aumenta exponencialmente a possibilidade de comprometimento dos resultados da avaliação. (ARRETCHE, 2001, p. 38).

Neste sentido, faz-se necessário entrar no mérito de discutir algumas questões de ordem metodológica, no tocante a avaliação de política, programa, projeto ou serviço público. Uma das questões metodológicas mais gerais refere-se ao uso de abordagens quantitativa e qualitativa. É idéia recorrente pensar só existir rigor científico na primeira abordagem. Entende-se por rigor científico na pesquisa avaliativa “a busca da objetividade, da confiabilidade e da validade dos conhecimentos produzidos” (SILVA, 2001, p. 75).

Este rigor científico pode estar presente em ambas as abordagens, cada uma com suas especificidades, como pode estar presente numa pesquisa avaliativa que utilize as duas abordagens de forma articulada, uma vez que “a realidade social também se expressa por quantidades, devendo seus significados serem interpretados numa perspectiva qualitativa” (SILVA, 2001, p. 75). Uma abordagem não exclui a outra, pelo contrário, estudos mais atuais em pesquisa avaliativa trazem como proposta a articulação das abordagens quantitativa e qualitativa subordinando a primeira em relação à segunda.

Uma outra questão metodológica diz respeito à medição dos fenômenos sociais, muitas vezes realizada de forma indireta, o que não significa dizer que tal medição não seja exitosa, ou ainda, que tal fato provoque descrédito numa pesquisa avaliativa eminentemente qualitativa, uma vez que “alguns fenômenos sociais devem ser analisados e interpretados com o uso de informações de natureza de fato qualitativa” (SILVA, 2001, p. 76).

Outra questão metodológica refere-se à fase de implementação de uma política, programa, projeto ou serviço público, uma vez que muitos deles nem sempre trazem seus objetivos explícitos claros e bem delimitados. Há, ainda, os objetivos latentes tanto da organização quanto dos diversos sujeitos participantes da fase de implementação. Além disso, tem-se, no processo de avaliação, a dificuldade quanto ao acesso e sistematização de informações confiáveis que possam subsidiar o processo de avaliação.

Cita-se como exemplo o caso do CAPSad II – leste, que não possui um sistema de informação que facilite um processo de pesquisa, apesar desta ser uma

preocupação da equipe desde a origem do serviço. O arquivo do serviço não é informatizado; não há registros da frequência dos usuários no livro de registros, do dia 16/04/1996 (1º dia de funcionamento do serviço) a 30/07/1997. A frequência era anotada em folhas avulsas de papel ofício. É bem verdade que, naquele momento, estava-se vivenciando um processo de construção de novos paradigmas, ainda estavam sendo desenvolvidos parâmetros de CAPSad no país. Neste sentido, a equipe não tinha um modelo de atuação e sistematização profissional a ser seguido; tinha que ir experimentando, adaptando e construindo a partir das suas próprias experiências.

Quanto a esses aspectos metodológicos mais gerais em avaliação de política, programa, projeto ou serviço público, Silva elenca algumas questões relacionadas ao próprio processo de avaliação como

[...] a posição subalterna ocupada pela pesquisa avaliativa [...] a conseqüente falta de legitimidade da avaliação; o não envolvimento na avaliação de todos os sujeitos relacionados com a política ou programa; a falta de clarificação das funções desses sujeitos na avaliação; a resistência natural à avaliação [...] limitada difusão e pouca utilização dos resultados da avaliação (SILVA, 2001, p. 77).

Ainda no tocante às questões metodológicas, agora especificamente referentes à **efetividade** (categoria analítica deste trabalho), tem-se como principal problema metodológico a medição dos fenômenos sociais, tendo em vista que avaliar a **efetividade** implica, necessariamente, numa relação de causalidade entre o programa ou política sob avaliação e as prováveis mudanças ocorridas na vida da população beneficiária.

Demonstrar tal causalidade não é fácil, posto que uma das principais dificuldades metodológicas de uma avaliação de **efetividade** está em “demonstrar que os resultados encontrados (sejam eles no sentido do sucesso ou do fracasso) estão causalmente relacionados aos produtos oferecidos por uma dada política sob análise” (ARRETCHE, 2001, p. 31-32).

Dessa forma, analisando a literatura, Silva (2001) coloca que o método mais apropriado para realizar uma avaliação de **efetividade** seria o experimental clássico, que “tem uma estrutura representada por duas populações: grupo experimental que recebe o estímulo (ações do programa) e grupo de controle ou grupo testemunha” (SILVA, 2001, p. 86). Tem como característica a aleatoriedade na

composição dos dois grupos e o objetivo é a comparação da situação de antes com a de depois.

No entanto, a referida autora observa dois grandes problemas quanto a utilização do método experimental clássico: o primeiro deles refere-se à escolha aleatória e controle de duas populações similares; o segundo problema é de ordem ética, uma vez que seriam negados os benefícios ao grupo de controle, o que os caracterizariam como simples cobaias. Como forma de dirimir essas dificuldades, têm-se os modelos **quase-experimentais** e os **modelos não experimentais**. Esse último apresenta três modalidades, todavia destaca-se o **modelo somente depois** pelo fato deste se apresentar mais apropriado para o presente estudo¹⁹. Trata-se de um modelo

que considera apenas a população-alvo do programa. Efetua a medição somente depois da implementação, desenvolvendo esforços de reconstruir a situação que existia antes da implementação do programa se iniciar, orientando-se por informações disponíveis (SILVA, 2001, p. 87).

Discutidos os aspectos gerais em avaliação de política, programa, projeto ou serviços públicos, situa-se a discussão no que se refere à avaliação de serviços em saúde mental. Os estudos em avaliação de serviços de saúde mental, a exemplo dos demais estudos de avaliação no Brasil, ganham espaço a partir dos anos 80. No caso específico dos serviços de saúde mental, os estudos avaliatórios estão relacionados ao processo de Desinstitucionalização. Tal processo provocou uma mudança na assistência focalizada no manicômio, dando lugar a propostas garantidoras da cidadania e dignidade do usuário, como discutidos na sessão 3 deste trabalho.

Uma das principais preocupações dos estudos avaliatórios em saúde mental está em construir instrumentos de avaliação específicos em saúde mental, sobretudo no que se refere ao grau de satisfação dos usuários, familiares e profissionais da área. Tais estudos foram incentivados em diversos países pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e são conhecidos como Estudo Multicêntrico de Avaliação de Qualidade de Programas e Serviços em Saúde Mental.

¹⁹ Para saber mais a respeito do assunto veja: Silva e Silva (2001).

Neste sentido, como forma de saber se essas novas propostas de assistência à saúde mental oferecem respostas às demandas dos usuários, familiares e profissionais, é fundamental realizar estudos de avaliação. No entanto, ainda não há, nessa área, parâmetros de avaliação que possam ser universalizados. Dessa forma, optou-se, neste estudo, por realizar uma avaliação de **efetividade** do tratamento do CAPSad II – leste a partir da percepção do usuário, dos familiares e dos profissionais do serviço.

Neste sentido, tal avaliação deu-se valorizando critérios de **efetividade** outros que não apenas a abstinência do uso de drogas. Isto porque parte-se do entendimento que o objetivo macro de qualquer tratamento em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, como é o caso do CAPSad II – leste, é desenvolver junto com o usuário do serviço condições para que este possa reabilitar-se para além da conquista da abstinência. Até porque o processo de recuperação do usuário começa e não termina com a conquista da abstinência; esta é apenas a parte inicial do tratamento. O uso abusivo de álcool e outras drogas acompanha o indivíduo por toda a sua vida; é uma doença crônica, e como tal, seu tratamento é voltado para a redução dos seus prejuízos como: redução do consumo, períodos de abstinência e melhoria da qualidade de vida nos aspectos biopsicossociais aqui entendidos enquanto melhoria nas condições de saúde e nas relações afetivas e sociais.

Logo, tendo como base a idéia de **efetividade** de ARRETCHE (referido anteriormente), partindo do entendimento de

[...] abuso ou uso nocivo como sendo o consumo de substâncias associado a algum prejuízo (quer em termos biológicos, psicológicos ou sociais) (...) dependência como o consumo sem controle, geralmente associado a problemas sérios para o usuário (FLIGLIE; MELO; PAYÁ, 2004, p. 03).

sendo justamente nessa fase que os usuários, amigos e familiares procuram ajuda (tratamento) e ainda, diante do objetivo do tratamento do CAPSad II- leste: “reabilitar a pessoa no sentido da mesma poder viver com saúde, com lazer e integrado à sociedade (família, trabalho, escola) sem depender de drogas”. (CAPS, 1996, p.2).

Pode-se inferir que a **efetividade** do tratamento do CAPSad II leste significa redução dos prejuízos como: redução do consumo, períodos de abstinência e melhoria da qualidade de vida nos aspectos biopsicossociais aqui entendidos

enquanto melhoria nas condições de saúde e nas relações afetivas e sociais. Isso porque a redução dos prejuízos e melhoria da qualidade de vida nos aspectos biopsicossociais acompanhada da (re)inserção familiar e social (trabalho, vida afetiva, laços de sociabilidade) significa uma mudança nas condições sociais prévias de um usuário abusivo de álcool e outras drogas, tendo em vista que, na maioria das vezes, esse usuário só procura ajuda (tratamento) quando se inicia um processo de perdas que podem ser as mais variadas.

Observa-se, no entanto, de uma forma geral, nas instituições de cuidados, e mais especificamente no CAPSad II – leste, que as perdas mais comuns se referem aos vínculos afetivos e sociais estremecidos, ou ainda, algum problema de saúde relacionado ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Tais perdas, na maioria das vezes, impedem os usuários abusivos de álcool e outras drogas de se relacionarem afetiva e socialmente, ou limitam esse relacionamento e comprometem, muitas vezes o desenvolvimento de suas atividades diárias como, por exemplo, ir à escola, ao trabalho. Isso porque

A Síndrome de Dependência, segundo a Classificação Internacional de Doenças, Classificação de Transtornos Mentais e de comportamentos da CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 1992), é descrita por um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância – ou uma classe de substâncias - alcança uma prioridade maior para um determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham valor.(FLIGLIE; MELO; PAYÁ, 2004, p. 03).

O usuário abusivo de álcool e outras drogas passa a dar maior importância ao uso abusivo de álcool e outras drogas, em detrimento de outros comportamentos que antes do uso abusivo tinham importância. Esses comportamentos anteriores ao uso abusivo de álcool e outras drogas ocorrem nos vários aspectos da vida dos indivíduos, inclusive, naqueles aspectos mais rotineiros, como por exemplo, na realização da higiene pessoal e no ato de se alimentar, entre outros.

5.2 – Tratamento do CAPSad II – leste: efetivo ou não efetivo? – Eis a questão.

*Em um dia chuvoso,
naqueles dias em que você pensa que o melhor é desistir.
Em dias que o herói vira bandido e o homem, menino.
Dias que o amor, a amizade, a felicidade, a esperança, a paz e Deus são apenas palavras.*

*Encontro o CAPS. Aí! As palavras passam a ser sinônimo de pessoas:
O Amor passa a ser Regina,
A Amizade, Apresentação,
Felicidade, Concita,
Esperança, Rocilda,
Paz, Ranei,
Até o médico psiquiatra que dizem ser de doido passa a ser Deus.*

É por isso com amor e gratidão que eu e meus irmãos agradecemos todos os dias a Deus por estar no CAPS. Ou melhor, em casa. Pois aqui aprendemos que a paz não é um sonho e sim uma realidade constante em nossos corações.

(Usuário do CAPSad II – leste)

A técnica da análise temática permitiu analisar os diferentes núcleos de sentido presentes nas respostas dos sujeitos dessa pesquisa. Essas respostas constituíram os eixos temáticos, em torno dos quais foi possível discutir as percepções dos entrevistados, no tocante à **efetividade** do tratamento para usuários de álcool e outras drogas do CAPSad II – leste. Esses eixos temáticos foram: grau de adesão dos usuários ao tratamento, prováveis mudanças biopsicossociais ocorridas na vida dos usuários como decorrência do tratamento e, se essas mudanças traduzem a **efetividade** do CAPSad II – leste.

Grau de adesão

Nesse eixo temático procurou-se investigar as seguintes questões: como os usuários e/ou familiares ficaram sabendo do tratamento do CAPSad II – leste e se a equipe técnica do referido serviço tem a preocupação de saber como o usuário fica sabendo do tratamento do CAPSad II – leste e o porquê; o que leva um usuário a procurar o tratamento do CAPSad II- leste; qual o nível de interesse do usuário ao iniciar o tratamento; se esse interesse sofre alguma alteração no decorrer do tratamento e a que os usuários, familiares e profissionais atribuem o fato de alterar

ou não o interesse do usuário pelo tratamento, bem como se a equipe técnica busca algum recurso terapêutico para despertar o usuário para o tratamento.

Na fala dos entrevistados percebe-se que, no geral, os usuários foram encaminhados por outras instituições de saúde como, por exemplo, pelos hospitais psiquiátricos, como mostram as seguintes falas de usuários:

“Eu tava numa fase ruim, já tava sem conseguir mais ficar sem usar né, e fui encaminhado por um médico que é patrão da minha esposa prá ter uma consulta, prá ter uma consulta com um médico no João Machado. Quando cheguei lá aí ele já me conhecia porque eu trabalho com um pessoal aí [...] ele disse: não, aqui não é o seu lugar, não. Aí deu uns medicamentos e me encaminhou pro CAPS” (usuário, em entrevista à autora em abril de 2006).

Enquanto há casos de um médico avaliar que o hospital psiquiátrico não é um lugar apropriado para um usuário abusivo de álcool e outras drogas, há casos de usuários chegarem ao CAPSad II – leste após terem passado por um hospital psiquiátrico, é o que nos revela o depoimento a seguir.

“Eu fiquei sabendo do tratamento do CAPS devido assim o uso de drogas, que foi muito contínuo. Quando eu cheguei assim ao fundo do poço, aí eu cheguei a procurar ajuda num hospital psiquiátrico. Tive internado foi na casa de Saúde Natal, então eu vi que lá não era o canto muito adequado prá mim, porque lá eu tava fazendo tratamento de dependência química, onde eu vi as pessoas que tinha problemas que não tinha nada a ver com aquilo ali. Então eu fiquei muito deprimido ao ver o sofrimento de outras pessoas maior do que o meu, aí eu pedi prá sair. Então minha mãe trabalhava com uma pessoa que era médico, ela foi e me enviou ao CAPS. Então cheguei no CAPS muito deprimido, lá fui bem acolhido graças a Deus” (usuário, em entrevista à autora em abril de 2006).

Nas duas falas acima percebe-se que o hospital psiquiátrico foi visto como local inadequado para tratamento ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Tal constatação parte de um médico, mas também de um usuário, que chegou a constatar que seu problema não era apenas diferente, mas menor que o restante dos usuários que ali dividiam o espaço com ele.

Há usuários que apresentam problemas no local de trabalho, em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; por esse motivo, são encaminhados pelo local de trabalho para realizarem tratamento, como mostra a seguinte fala:

“É porque eu tive um problema no trabalho, eu faltei 130 dias em 97 aí fui responder processo prá sair né, prá sair da Universidade, processo administrativo. Então as assistentes sociais já tinham tentado trazer eu de casa, prá trabalhar, e aquela coisa toda, [...] aí quando eu respondi o processo foi muita gente, foram as assistentes, também foi dois chefes meu, foi num sei quem, aí foi dado como alcoolismo né? A Universidade foi quem me botou, foi ela quem informou” (usuário, em entrevista à autora em abril de 2006).

Também há casos de usuários serem encaminhados pela justiça como mostra a próxima fala

[...] “eu tive problemas, eu fui preso né, preso não, fui detido porque eu estava comprando drogas, numa boca de fumo. Aí me deteram na delegacia aí como era 16 né, o vício, aí liberaram, aí tive que me apresentar ao Juiz, aí o Juiz perguntou se eu queria fazer algum tratamento, aí me encaminharam pro CAPS” (usuário, em entrevista à autora em abril de 2006).

Todas as falas acima têm em comum a percepção dos problemas em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas. Essa percepção está atrelada a um olhar do outro, e não a partir da percepção do usuário, isto é, o usuário precisa da ajuda de outras pessoas (esposa, médico, colegas de trabalho, juiz), para perceber que precisa de ajuda profissional para resolver seus problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

No que se refere à equipe técnica do referido serviço ter a preocupação de saber como o usuário fica sabendo do tratamento do CAPSad II – leste e o porquê de tal preocupação, constata-se que a referida preocupação faz parte do roteiro de triagem²⁰ utilizado pelo serviço; no entanto, quando se indaga por que os técnicos tinha tal preocupação, percebem-se objetivos diversos, como por exemplo: saber a repercussão do serviço, expressa nas seguintes falas de profissionais do CAPSad II – leste:

“É, na realidade, essa pergunta ela está no início da nossa entrevista da triagem, no roteiro da entrevista, desde do início porque quando a gente começou, a gente, prá ter uma idéia como está sendo a repercussão do serviço, que tipo de instituição, de onde, como é que estava sendo a repercussão desse serviço na sociedade né? Então hoje, a gente tem um referencial também através do paciente, de como ele veio, como ele chegou aqui, como ele tomou, como é que o

²⁰ No anexo 2, formulário de triagem

CAPS tá sendo repercutido lá fora” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

Essa percepção sobre o encaminhamento do usuário por outras instituições para avaliar a visibilidade do CAPSad II – leste é corroborada na fala do profissional a seguir:

“O objetivo dessa pergunta é saber se, por exemplo, se as diversas instituições públicas, qualquer que seja, está realmente sabendo a existência do CAPS, se eles tem a consciência que aqui é o local para tratamento de dependência química. Seria basicamente isso” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

A equipe também tem a preocupação de saber como o usuário ficou sabendo do serviço do CAPSad II – leste, para saber se a demanda que chega ao serviço é espontânea ou encaminhada, conforme a fala a seguir:

“Com certeza, porque aqui a demanda é espontânea. Mas vem encaminhado de outras instituições, encaminhado da justiça também, mas é um serviço assim, que a gente quer saber se a pessoa tá disposto a mudar né, tá disposto a de uma certa forma, mudar de vida, né” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

Há ainda o caso da equipe ter a preocupação de saber como o usuário ficou sabendo do serviço, para ter uma noção do grau de adesão do usuário. Esse objetivo é perceptível nas seguintes falas

“Prá a gente saber a origem da demanda mesmo. Assim, se é questão da justiça, se é amizade, se é um familiar que soube através de algum serviço de saúde [...] se é um paciente que vem encaminhado por uma AD que é ligada à Justiça, a gente vai ficar mais atenta, como ele vai tá, que adesão vai ser essa, será que ele veio, só prá não ser preso? Ou será que ele veio porque ele quer mesmo? [...] a gente percebe que muitos têm adesão, enfim tem toda aquela preocupação de levar a freqüência pro NOAD tudo, mas, outros não, outros não têm nenhuma” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

Ressaltamos que não há uma relação de causa e efeito para saber se o usuário terá ou não, adesão ao tratamento. Dito de outra forma, o fato do usuário chegar de forma espontânea ao CAPSad II – leste não significa, necessariamente, que ele terá adesão ao tratamento. Da mesma forma, se um usuário chega

encaminhado de outra instituição, inclusive da Justiça, não significa que ele não terá adesão ao tratamento, é o que nos mostra a fala do profissional a seguir:

“Olha, essa pergunta ela existe desde que a gente elaborou o modelo de triagem, é pra saber, no meu entendimento assim, é pra saber de onde ele vem mesmo, [...] se vem encaminhado, se é o desejo dele fazer o tratamento, porque muitas vezes ele vem encaminhado pela Justiça, mas ele não quer né? E muitas vezes coincide do desejo de fazer o tratamento e o encaminhamento vem junto. Muitas vezes ele vem encaminhado do trabalho e ele não tem adesão nenhuma, ele não quer tá aqui. Então, assim, a importância de saber, até pra você avaliar a motivação dele tá aqui nesse momento, porque muitas vezes eles estão aqui e não tão querendo. E às vezes até teve paciente que veio encaminhado e o desejo foi percebido com o decorrer do tratamento [...] E a gente já teve muitos pacientes que chegaram aqui e mesmo com desejo [...], não consegue fazer, vem demanda espontânea, não veio encaminhado por papel nenhum” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

No que se refere aos motivos que levam um usuário a procurar o tratamento do CAPSad II- leste, percebe-se que esses motivos, no geral, estão associados a um processo de perdas afetivas, sociais, de saúde e/ou econômicas, como mostra a fala do profissional a seguir:

“Melhorar a vida, diminuir o uso de drogas, parar o uso de drogas, às vezes, muitos já perderam tudo. As vezes a situação chega numa situação limite, de abandono familiar, situações complicadas no trabalho, é às vezes já com um processo administrativo, já perto de serem demitidos, enfim, é as vezes as situações mesmo de abandono, ou da família, ou do trabalho enfim” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

O usuário a seguir é um caso típico de ter buscado tratamento porque o uso abusivo de álcool e outras drogas afetara sua vida em diversos campos

“Porque eu quero sair dessa vida de drogado, de usar drogas, porque isso só bota a gente pra baixo né, nunca bota pra cima [...] É porque as vezes tem vários fatores, a gente começa a perder as amizades boas, família, as pessoas mais chegadas começa a se afastar, vê que você tá noutro caminho, que não é o caminho certo. [...] porque no trabalho agente não dá, não dá tudo o que tem da gente né, quando tá usando as drogas, aí começa a se limitar algumas coisas, começava a chegar mais tarde, sair mais cedo, num ia, é assim, a gente se expressava mal pros clientes, porque a gente ficava estressado, ficava sem dormir (...) Por causa do uso de drogas

que a gente se separamos, porque ela achava que estava com mulheres na rua, nas noitadas, deixa que eu tava usando drogas, nunca contava a verdadeira história” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

Esse usuário, por exemplo, traz relatos de mudança nas relações de amizade, uma vez que os amigos “bons” se afastam e há uma tendência natural do usuário abusivo de álcool e outras drogas se aproximar de outros usuários abusivos de álcool e outras drogas. O usuário também relata problemas de relacionamento e comportamento no ambiente de trabalho, e ainda relata problemas nas relações afetivas com a esposa, tendo em vista que prefere deixar a mulher pensar que ele estava com outras mulheres a dizer de sua condição de usuário abusivo de álcool e outras drogas.

Além dos casos de usuários chegarem ao tratamento em virtude das perdas, também há casos de usuários chegarem ao tratamento por motivações externas, como mostra a fala de um profissional do serviço:

“Normalmente tem algumas pessoas que vêm por motivos externos. Chegou por algum motivo, chegou na Justiça por envolvimento com drogas, e teve condicional e uma das formas de se livrar da prisão vamos dizer assim, foi chegar ao CAPS. É oferecido o tratamento e ele vem. Mas e os que vêm espontaneamente normalmente, é quando os efeitos das drogas já têm causado bastantes perdas, ou físicas, ou familiares, ou sociais. Sempre tem um motivo assim pressionando a voltar. Normalmente é os efeitos que já estão se tornando graves. Tanto no relacionamento social, familiar, físico mesmo” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

Também há casos de usuários que, apesar das perdas em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, chegam ao serviço por motivações externas, ou seja, por pressões, seja da Justiça, do trabalho, da família e dão continuidade ao tratamento por vontade própria. É o caso do usuário a seguir:

“A primeira vez eu só vim por causa do trabalho. Eu vim empurrado, né [...] Mas umas duas vezes foi a instituição, agora as outras foi eu. Por exemplo, essa vez, eu vim por livre e espontânea vontade, e mais umas três vezes [...] A primeira vez eu vim, eu vim mais empurrado pela instituição né. Mas queria parar de beber né, tava prejudicando meu salário, tava prejudicando toda a minha vida né, vendia as coisas, dormia no meio da rua, não que morava no meio da rua, mas ficava bêbado e ficava dormindo no meio da rua” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

A fala desse usuário reforça a idéia de que não há uma relação de causa e efeito entre a demanda espontânea ou encaminhada do usuário com o grau de adesão do mesmo ao tratamento. Por outro lado, também revela que não há uma relação direta entre o número significativo de reincidências (98 usuários reincidiram ao tratamento, do total de 333 que desistiram/abandonaram o mesmo) com o grau de **efetividade** do serviço; pelo contrário, por incrível que pareça, nesse caso, a reincidência aponta para a **efetividade** do serviço. Significa que o usuário encontrou algum tipo de ajuda, apoio no tratamento, e por isso, ao precisar de ajuda, novamente retorna ao serviço. Tal constatação pode ser verificada na fala seguinte de um outro usuário:

[...] “a primeira vez não fui eu quem procurei né, fui encaminhado, mas as outras vezes eu procurei porque eu me senti muito bem certo?. Me senti muito bem e você sozinho, você quando depende dessas coisas certo?, desses tipos de drogas, você sozinho, por mais que queira ficar livre, você não consegue, você tem que ter ajuda, tá entendendo?” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

O usuário reconhece que só retornou ao CAPSad II – leste porque ele se sentiu muito bem no tratamento e por saber que sozinho, por mais que quisesse abandonar o uso de drogas, não conseguiria; precisaria de ajuda; e é justamente esta ajuda que ele encontra no CAPSad II – leste.

Há casos de usuários que deixam os problemas decorrentes do uso abusivo de drogas se agravarem de tal forma, que chegam a utilizar a expressão **fundo do poço**, para se referirem à situação em que se encontravam antes de iniciar o tratamento no CAPSad II - leste. Situação essa que, na maioria das vezes, motiva o usuário a procurar ajuda, isto é, tratamento.

“Eu tava querendo uma melhora de vida, que eu tava no fundo do poço. Cheguei a um ponto que eu vendi minha casa que eu morava, vendi tudo que eu tinha, tudo que eu tinha, fui o tipo do cara que eu cheguei no fundo do poço. Fui até alvejado por tiros de traficantes devido dever a droga, tá entendendo?. Então foi lá que eu aprendi a ser respeitado e aprendi a respeitar né. Outro tipo de vida que eu encontrei lá” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

A expressão **fundo do poço** também é utilizada pelos profissionais do referido serviço. Na fala seguinte têm-se as mesmas questões de perdas afetivas,

sociais, de saúde e/ou econômicas que se expressam, tanto na linguagem dos profissionais, como dos usuários, enquanto **fundo do poço**.

“Eu costumo dizer muito, que é quando eles chegam ao fundo do poço, como falam os AA’s. Porque quando eles percebem que a vida deles já não tá mais compatível com as esperanças deles. Muitos, a mãe tem colocado fora de casa, as esposas não querem mais conviver com eles, os filhos têm verdadeiro pavor quando o pai entra em casa. E com relação a trabalho, eles são demitidos, ou então eles encostam assim, não valorizam mais o trabalho dele, eles se sentem mal por conta disso [...] comprometimento orgânico, físico; chegam aqui quase sem andar, chegam aqui muitos deles, assim com seqüelas mesmo do álcool, drogas de uma forma geral e já vêm de médicos, já fez cirurgias” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

Questionaram-se os entrevistados quanto ao nível de interesse do usuário em se tratar, ao iniciar o tratamento. Observo-se que esse interesse é bastante variável, dependendo da história de vida de cada pessoa, como também, dos motivos que a trouxeram para o tratamento, como mostrou as falas dos profissionais a seguir:

“Essa questão de motivação ela varia bastante tá? Tem uns que vem realmente determinado a dar um fim assim na questão do uso de drogas, outros ainda vem muitas vezes porque algumas instituições, assim é, por força de lei, recomendam que eles venham, mas assim, não tá naquele momento ainda de querer parar, tá? Então existem assim esses diversos perfis, alguns vem porque estão obrigados a vim, outros vêm realmente porque estão motivados” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

O próximo profissional faz uma relação de níveis de motivação com a demanda que trouxe o usuário para o tratamento, e conclui que aqueles que vêm encaminhados por pressões têm uma tendência a iniciar o tratamento desmotivado, enquanto aqueles que chegam por demanda espontânea têm maior probabilidade de ter um nível maior de motivação para se tratar, o que não significa dizer que esse interesse inicial não sofra modificações no decorrer do tratamento, como demonstra sua fala:

“Normalmente, essa motivação tá muito ligada ao motivo que os trouxe aqui né. Então a gente vê normalmente uma motivação menor nas pessoas que vieram, vamos dizer assim, por alguma pressão, seja da família, ou seja, da Justiça. Então nessas pessoas a

motivação pra mudança mesmo, mudança pessoal ela é menor. O que não quer dizer que às vezes alguns deles, com o decorrer do tratamento, no próprio tratamento eles começam a se motivar com as atividades, e alguns deles mudam. Mas os que vêm de forma espontânea, vêm por desejo, eles são mais motivados, eles têm uma motivação maior pra mudança, quando ele é espontâneo” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

A fala do próximo usuário revela um caso típico de usuário que foi encaminhado, pela primeira vez para o tratamento, pelo local de trabalho e não se encontrava tão motivado; abandonou o tratamento, mas reincidiu ao mesmo por vontade própria, e encontra-se mais motivado para se tratar. O usuário tinha claro que queria “Deixar de beber, mas nessa primeira vez num queria, era, por exemplo, vamos dizer 100%, eu queria 70% né? (...) Aumentou, por exemplo, esta última vez, eu quero drasticamente parar de beber” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

A fala do profissional referido anteriormente também faz referência àqueles usuários que chegam desmotivados e no decorrer do tratamento se motivam, é o caso da próxima usuária, que tinha o objetivo de realizar seu tratamento para melhorar a sua saúde, isto é, sua qualidade de vida, objetivo esse que não a fazia desistir.

“No começo eu fiz aí um trabalho de arte, um momento de arte, aí eu fiz uma poesia dizendo que eu tinha muita vontade de deixar, de abandonar o tratamento, mas pensando na minha saúde, eu ficava. Eu não lembro mais os versos não, mas tem até escrito aí. [...] A idéia era essa, porque eu achava insuportável, [...] exigente demais. E porque a minha vontade era continuar dormindo a tarde toda né, beber, fazer essas coisas, mas como eu estava doente, então eu me sujeitei ao tratamento, pensando na saúde” (usuária em entrevista à autora em abril de 2006).

A usuária, inicialmente resistiu à rotina de atividades proposta no tratamento. Tal resistência, muito provavelmente, está associada à dificuldade de se adaptar a uma rotina com limites e normas, uma vez que estava habituada a uma outra rotina, enquanto usuária abusiva de álcool: “dormir a tarde toda, beber”. Depois ela passa a fazer poesia para que outros usuários em tratamento no CAPSad II – leste não desistissem diante das dificuldades:

“Aí na poesia eu dizia: E vocês que estão chegando agora preste atenção, mais ou menos essa idéia, que no começo é assim mesmo. Mas quando eu fiz a poesia eu já estava bem melhor, mas depois você vai entender quanto o CAPS faz bem para você, a sua saúde. Se eles tratam agente com tanta rigidez é porque a gente não tá acostumado a isso né, estranha a forma de tratamento” (usuária em entrevista à autora em abril de 2006).

A usuária tinha consciência de que sem o tratamento do CAPSad II – leste voltaria a beber e também tinha consciência das conseqüências de retornar a beber

“Olha, eu sabia se eu desistisse eu ia voltar a beber muito e voltar a passar mal, teve uma vez que eu passei tão mal, antes de começar o tratamento né, passei tão mal que meu filho me levou prá o Pronto Socorro. Aí o médico disse: isso aqui que ela está sentindo não é só pressão alta, isso aqui é uma depressão, agora tu ver”.(chorando) [...] (usuária em entrevista à autora em abril de 2006).

Em seguida a usuária compara o tratamento da UTAD com o CAPSad II – leste e, a partir de sua fala, pode-se inferir que, inicialmente, ela preferia o tratamento da UTAD porque não precisaria se adaptar, uma vez que o referido tratamento não exigia uma mudança de rotina à qual ela estava acostumada:

“É porque lá na UTAD só passavam remédio e a pessoa ia prá casa né. E aqui não, a pessoa tinha que ficar, prá participar daquelas oficinas. No começo eu achava insuportável, achava insuportável, horrível. Assim, às vezes eu ficava emburrada e não fazia nada, com raiva. Depois eu fui participando tanto, que aqui tem muito assim variedade né, tá sempre entrando gente, então quando eu cheguei eu não fazia nada, ficava só de cara amarrada, assim sem querer participar” (usuária em entrevista à autora em abril de 2006).

No caso específico dessa usuária, além do alcoolismo ela apresenta outros agravos clínicos: pressão alta e depressão. Esses outros agravos clínicos podem interferir no nível inicial de motivação para o tratamento como nos mostra o depoimento a seguir:

“Período inicial? É, eu acho que se houver, muitos problemas clínicos parece que a motivação ela fica meio comprometida. Por exemplo, com alcoolistas fica como que não vai agüentar viver sem álcool, vai começar a tremer, então é, pode não suportar. É muitas vezes precisa vim uma ou duas semanas, tendo bebido, prá puder ir chegando no tratamento. E essa motivação no começo ela fica meio

ambígua. Em função dessa questão da abstinência, à medida que vai ficando mais tranqüilo com o uso da medicação, com a entrada na dinâmica dos grupos, aí essa motivação vai tendo uma sustentação maior, aí começa a realmente expressar uma adesão, mais clara ao tratamento” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

O período de abstinência traz um desconforto muito grande para quem é usuário abusivo de álcool e outras drogas. Tal desconforto é revelado nas fala a seguir “e as doenças também, elas também pesa, porque tenho muito mais dor de cabeça quando eu paro de beber, é na abstinência” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006). Um dos motivos de uma pessoa fazer uso abusivo de álcool e outras drogas está em fugir, ainda que temporariamente, de uma dura realidade. Nesses casos a conquista da abstinência pode tornar-se ainda mais difícil, uma vez que a sobriedade traz o indivíduo para a realidade “e quando você tá sóbrio você vê as coisas que você fez lá atrás, aí dá depressão, dá angústia, dá tudo na pessoa” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

Na maioria das vezes, o interesse inicial ou a falta dele pelo tratamento tende a sofrer mudanças no decorrer do mesmo. Questionados os entrevistados, quanto ao nível de interesse inicial pelo tratamento ter sofrido alguma alteração no decorrer do mesmo, percebe-se que houve um interesse maior por parte dos usuários para se tratar, a partir de algumas conquistas possibilitadas pelo tratamento, como revela a seguinte fala de usuário:

“Mudou, porque ficou gostoso. Eu achei muito bom ficar dois meses sóbrio. É coisas que eu nunca ia, assim, é caminhar, que é um dos únicos dos esportes que eu gosto, sempre ia de Nova Natal prá Redinha a pé. E eu caminhava achava muito gostoso” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

Também há casos do usuário ainda não estar preparado para manter essas conquistas e/ou achar que as pode manter muito bem, ou seja, o usuário sente-se tão bem com as conquistas obtidas com a ajuda do tratamento, que acha que pode conciliá-las com o uso de álcool e outras drogas. É então que recai no uso de álcool e outras drogas, e é na recaída que percebe que tal façanha não é possível e carece optar: retornar ao uso de álcool e outras drogas ou ao tratamento. Tal problemática é revelada na fala seguinte:

“Mudou prá melhor, foi tudo melhor na minha vida. Eu tive apoio de família, meus irmãos que não falavam comigo. [...] Diminuiu, porque é o tipo da coisa: a gente quando sofre de uma doença dessa, muitas vezes a gente pensa que tá curado, tá entendendo? Mas só que agente tem que sempre tá vigiando, [...] a gente nunca fica curado, agente tem uma melhora. Então nessa melhora que eu tive, eu dei uma brecha, dei um descuido, que voltei a recair, então passei outro tempo nas drogas. Aí, devido já conhecer o serviço do CAPS, aí eu fui procurei aqui o CAPS Norte, porque fica mais perto pra mim. Tive internado também na Casa de Saúde Santa Maria” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

A questão do interesse pelo tratamento é tão complexa, que há casos da equipe técnica ter a impressão que determinado usuário não vai aderir a ele, tratamento, que não vai durar muito no serviço, e surpreende-se com os resultados que os usuários conseguem com o decorrer do tratamento. Tal situação é revelada na fala do profissional a seguir:

“É, a gente tem casos de pacientes que chegou aqui e que pela entrevista de triagem, pela forma que eles se comportou, até pela forma que ele lidou, se relacionou na triagem e tudo, a gente tinha até um prognóstico dele nem ficar muito tempo; e teve vários pacientes que surpreenderam. Atualmente, a gente tem até um paciente assim, que chegou muito arredo muito chateado porque teve de vir, deixou claro, claro que só veio assim, porque tinha que vir, por causa da Justiça, não tinha outra opção. Ah! quer dizer, tinha outra opção, mas as outras opções eram piores. Então, é que hoje é um paciente extremamente aderido, participa de todas as atividades, é muito motivado, colabora e assim, surpreendeu mesmo. A gente tem alguns casos assim” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

A equipe também se surpreende com casos de usuários que chegam ao tratamento aparentemente motivados e abandonam e/ou desistem do tratamento sem que se entenda o que de fato aconteceu. É o que nos mostra a fala a seguir:

“Ocorre de chegar com um discurso, vamos dizer assim, com um discurso de motivação muito grande, que não necessariamente corresponde com a realidade. Às vezes, o desejo de satisfazer familiar, ou a imagem do que aqui vai querer escutar, do quê que é o tratamento. Então eles vêm assim, aquele paciente que a gente diz assim: Mas ele ia tão bem, não faltava... Mas na realidade eu não sei se realmente é motivação que eles tinham. Porque eu acredito que o que vem motivado mesmo, o paciente que vem motivado mesmo

com desejo, necessidade de mudança, esse paciente, ele normalmente tem um êxito no tratamento” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

Como foi referido anteriormente, não há uma relação direta entre o nível de interesse do usuário pelo tratamento com o tipo de demanda que o trouxe ao serviço, seja ela espontânea ou encaminhada. Observa-se, no entanto, que aqueles usuários que chegam por demanda espontânea tendem a estar mais interessados em se tratar. Essa motivação muitas vezes está relacionada ao processo de perdas vivenciadas pelo usuário, as quais que podem ser as mais variadas, como por exemplo, perdas afetivas, sociais, de saúde e/ou econômicas. Essas perdas muitas vezes se constituem no fator motivador para o usuário iniciar o tratamento e/ou permanecer no mesmo. É o que revela a fala dos dois usuários a seguir:

“A minha vontade é, porque eu não me sentia bem, não me sentia de jeito nenhum. É ruim, porque a pessoa que vive na droga a pessoa não vive, vegeta [...] É isso eu me sentia muito mal, aí dizia: Um dia eu saio disso. Um dia eu saio disso (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

No caso desse usuário, foi o desconforto trazido pelo uso abusivo de álcool e outras drogas que o fez despertar para a necessidade de se tratar. A mesma situação ocorre com o usuário a seguir

“A minha vontade, naquele momento que eu cheguei lá, a minha vontade era de viver, tá entendendo? Que eu não tava vivendo, [...] eu tinha certeza que antes de eu conhecer o CAPS, prá mim era melhor a morte, porque eu já não suportava mais [...] (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

Para investigar porque ocorrem tantas mudanças no nível de interesse dos usuários pelo tratamento, questionaram-se os entrevistados, no sentido de saber a que eles atribuem ocorrerem tantas mudanças no nível de interesse do usuário pelo tratamento e percebeu-se que, no geral, tais mudanças, além de apresentar uma relação direta com as perdas que o trouxeram para o tratamento, também estão associadas à própria metodologia do tratamento e do trabalho da equipe técnica e às conquistas obtidas a partir do mesmo. É o caso do usuário a seguir, que mudou seu interesse pelo tratamento para melhor, no decorrer do mesmo:

“Melhorei porque aqui eu vi, eu senti mesmo a ajuda do povo. Eu aqui descobri também, que não era só alcoolismo que eu tinha, tinha outra coisa que tinha que ser tratada também. Não era só o álcool. O álcool, eu acho que o alcoolismo, acho que era até consequência de outras coisas que eu tinha. [...] quando eu me lembro o problema assim, eu entro nos grupos e ainda falo. A gente fala, discute assim alguma coisa” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

A equipe técnica tem clareza que a metodologia do tratamento, aliada à metodologia de trabalho da equipe, é uma característica positiva para os usuários a ponto de motivá-los para o tratamento. O depoimento a seguir refere-se a um profissional que atribui à metodologia do tratamento e do trabalho da equipe, o fato de haver mudanças positivas no nível de interesse do usuário:

“[...] eu acho que quando eles começam a conhecer o serviço. Começa a participar dos grupos, ou a ouvir, porque tem determinados grupos que mexem muito. Então eles começam a mudar, você tá entendendo?, acho que uma capacidade mesmo do pessoal, eu acho também que é o amor que as pessoas têm, porque a gente faz as coisas as vezes, mas se não tiver também aquele desejo da gente com amor, com prazer, não adianta, pode se ganhar muito dinheiro, mas se você não tiver desejo num tiver amor dentro de você por aquelas pessoas, fica difícil, fica uma coisa muita seca. Então eu acho que eles percebem isso na gente sabe?” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

O que a profissional chama a atenção, nomeado de “amor que as pessoas têm” pode ser traduzido enquanto compromisso e engajamento da equipe do CAPSad II – leste. O fato destes profissionais terem construído suas identidades ético-político-profissionais participando ativamente da luta antimanicomial e da defesa da Reforma Psiquiátrica é importante para a **efetividade** do serviço. Pode-se constatar tal afirmativa nas diversas falas de usuários ao se remeterem à equipe.

O usuário a seguir, quando indagado se seu interesse havia sofrido alguma alteração no decorrer do tratamento revela o seguinte:

“Houve. Houve e eu vou te dizer por que: Primeiro, eu já consegui de uma certa forma, me livrar das drogas ilícitas. Segundo, agora dessa última vez, já faz mais ou menos dez meses e dois dias que eu estou sem fumar cigarro comum, e hoje estão fazendo um mês e dois dias que simplesmente eu estou em abstinência do álcool e com uma vontade enorme de fazer esse tratamento, que sempre que eu venho, eu venho com vontade. Mas cada vez que você vem, você persistindo você cria mais aquela vontade. O apoio, o acolhimento

dos próprios colegas, aquela satisfação que você tem de chegar e ser bem recebido” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

A fala do profissional a seguir reforça a idéia de que as conquistas obtidas com o tratamento e a própria metodologia do mesmo influenciam positivamente no nível de interesse do usuário pelo tratamento

“Alguns vêm, e eles rapidamente observam benefícios na abordagem do tratamento instituído aqui e eles passam a se interessar, ao ponto de dizer assim: Olha, se eu conhecesse, se eu soubesse que era assim já teriam vindo há muito tempo. A gente encontra satisfação na maioria dos pacientes com relação ao serviço” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

Também há casos do usuário desafiar a metodologia do tratamento e a metodologia de trabalho da equipe, mas, ainda assim, a equipe avalia esse processo de desafio como algo positivo e gerador de crescimento pessoal. É o que nos revela a fala a seguir:

“Em geral, o usuário desafia [...] o método; na medida em que as expectativas são, de alguma maneira, frustradas, o usuário tenta adequar a Casa às suas mesmices antigas, mas essas já não cabem mais no seu novo perfil de abstinência, de cidadão. Aí, então, há um desconforto, uma inquietação fértil para o tratamento. É essa a deixa, a chance para o crescimento” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

Indagou-se à equipe técnica quanto à utilização de algum recurso terapêutico para motivar os usuários no decorrer do tratamento e observou-se que o recurso terapêutico utilizado está em consonância com a fala dos usuários, ou seja, ao que os motivou a permanecer no tratamento. Trata-se da própria metodologia do tratamento e do trabalho e as conquistas obtidas a partir do tratamento. Tal percepção é constatada nos depoimentos a seguir:

“Eu acho que a própria forma que a equipe trabalha, as próprias atividades, a busca que a gente tá sempre inovando, as atividades que possam resgatar, vamos dizer assim, a cidadania, a qualidade de vida e a individualidade desse paciente, acho que isso, por si só, já é a forma da gente trabalhar; eu acho que já é um recurso; é o recurso prá motivar esse paciente, eu penso assim” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

A fala do profissional demonstra, claramente, que a metodologia do tratamento e de trabalho da equipe se constituem, enquanto recurso terapêutico, para motivar os usuários a dar continuidade ao tratamento. Idéia corroborada com a de outro profissional a seguir:

“O principal instrumento terapêutico está na palavra, está nos grupos terapêuticos, certo? É as técnicas da psicoterapia em si utilizadas, principalmente com esse enfoque de grupo pra estimular os pacientes para o tratamento” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

A variedade de recursos utilizados pela equipe para aumentar o nível de interesse do usuário pelo tratamento possibilita a esse usuário ter a oportunidade de discutir e escolher aquelas atividades que mais lhe agradam. A individualidade e a subjetividade do usuário são levadas em consideração, mesmo o tratamento tendo como principal característica a abordagem grupal. Tal constatação é observada na fala seguinte:

“Os recursos vai depender muito quando se pensa num projeto terapêutico que é individualizado. Por exemplo, tem paciente que chega aqui, por exemplo, que ele gosta só de determinado tipo de oficina, é tanto que a gente quando vai fazer o projeto terapêutico principalmente quando vai botar pro semi-intensivo, a gente senta com eles e traça um projeto e vai ver que atividades ele tem assim empatia. Uns adoram passeios, a oficina de música quando existia. A oficina criativa, para muitos, é um recurso muito importante. O ludo terapêutico, a psicoterapia em grupo. Os recursos são vários, mas assim, cada paciente escolhe algo que eles se identificam” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

Apesar da proposta do tratamento do CASad II – leste, ser em sua essência, grupal, o projeto terapêutico é construído individualmente, levando em consideração as características, habilidades e interesses dos usuários. Em que pese à eficácia dos recursos terapêuticos utilizados pela equipe técnica, estes não são garantidores que a adesão ao tratamento não sofrerá alterações. A adesão do usuário ao tratamento sofre influências externas e internas, que independem muitas vezes, da própria vontade do usuário e estão além dos recursos que a equipe técnica possa oferecer.

Mudanças biopsicossociais

Nesse eixo, procurou-se identificar as prováveis mudanças biopsicossociais ocorridas na vida dos usuários em decorrência do tratamento do CAPSad II – leste e em que medida o objetivo do CAPSad II – leste foi alcançado e verificou-se que, não obstante toda a instabilidade no nível de interesse dos usuários pelo tratamento, é fato que aqueles que persistem, conquistam algumas mudanças em suas vidas. As mudanças biopsicossociais nem sempre ocorrem em conjunto, ou ainda na mesma intensidade. Há casos de um dos fatores: biológico, psicológico ou social sobressair-se, em relação aos demais.

No geral observou-se que essas mudanças, algumas vezes estão relacionadas à retomada do cotidiano de vida anterior ao uso abusivo de álcool e outras drogas, ou ainda, ao estabelecimento de uma outra dinâmica de vida. Outras vezes, as mudanças estão relacionadas à reconstrução dos laços afetivos, do crescimento pessoal, da melhoria da qualidade de vida.

O usuário a seguir conseguiu mudanças nos diversos campos de sua vida, e ainda se encontra em abstinência:

“Você pensa mais no quê que você quer fazer da sua vida, eu acho. Mudou muito, porque eu não pensava, não tinha experiência de vida. Assim é gostar de drogas porque quanto tava nas drogas só pensava em droga. Depois que eu sai da droga o CAPS me ajudou a levar a vida sem as drogas, com mais segurança, mostrar as áreas de risco. Isso me incentivou bastante. [...] Jogar bola, fazer academia, que eu não fazia. [...] Voltei a correr de motocross que eu corria na época que eu tava usando drogas, mas não dava aquela seqüência direitinho, sempre num ia pros treinos, hoje eu já tou indo. (...) Num tá 100% porque sempre fui afastado a família, com tudo isso sempre fui afastado, sempre morei sozinho, sempre independente. Hoje tá bem melhor, à vista que a gente vê, que a família tem amor prá gente, tem sentimento pela gente. [...]Tou tranqüilo, não falto, chego na hora certa [...] Eu fumava cigarro, bebia e usava droga . Graças a Deus já tá esse tempo que eu não uso nenhum dos três. [...] cigarro, cinco meses. Agora, as drogas pesadas onze meses” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

Esse usuário traz o relato das mudanças que conquistou com a ajuda do tratamento do CAPSad II – leste, as quais vão, desde a pensar mais na vida, no que se quer da vida, a retomar atividades que realizava insatisfatoriamente, antes do tratamento do CAPSad II-leste, como as corridas de *motocross*; a realizar atividades

que antes não tinha o hábito de desenvolver, como jogar bola e fazer academia; restabelecimento dos laços afetivos com a família, até a conquista de período de abstinência de onze meses. Cabe ressaltar que o serviço do CAPSad II - leste não prevê tratamento para o tabagismo, mas ainda assim, o usuário relata que está há cinco meses sem usar cigarros.

A equipe técnica cita como uma das principais mudanças ocorridas na vida dos usuários, em decorrência do tratamento do CAPSad II – leste, o restabelecimento dos laços familiares, a despertar para a **reinserção** no mercado de trabalho, como revela a fala do profissional a seguir:

“Olha, as mudanças são nos diversos contextos que eu já dimensionei. Ele começa a mudar com relação a família, ele vai readquirindo o senso de família, e o valor que à família tem prá ele. Ele vai assim vislumbrando uma perspectiva de se reintegrar no mercado de trabalho de ter um novo começo. Muitos assim vão enxergando a perspectiva de ser um pai exemplar do lar para os filhos, dar um bom exemplo. Então todas essas questões eles vão começando a visualizar e vão começando a realmente fazer todo um movimento nesse sentido de ter uma vida mais adequada, na medida do possível, nas diversas esferas da vida” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

Essa afirmativa por parte da equipe técnica pode ser constatada na fala do usuário a seguir. Esse usuário tem um histórico de recaídas e abandonos ao tratamento, mas ainda assim, conseguiu algumas mudanças em sua vida, como por exemplo, a confiança e o apoio da família.

“Olha, simplesmente ,hoje eu tenho minha casa própria certo?, Eu sou bem aceito pela minha família, mesmo com essas recaídas, mas a minha família, mãe, pai, irmão, cunhado, minha própria esposa sempre quando eu recaio, que passo, porque aqui tem uma norma que é o seguinte: você passando cinco dias sem vir ao CAPS então é o abandono, você só pode retornar após trinta dias. Então como aconteceu várias vezes esse incidente comigo, aí minha família estava ali: Olha, lá é bom, lá é o único lugar que você consegue passar esse tempo em abstinência. [...] às vezes nós não aceitamos algumas críticas e agora eu já aceito. Porque como eu estava falando antes, muitos de nós não aceitamos porque achamos que a crítica é negativa, mas é que a gente nunca quer aceitar a verdade, é difícil” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

O usuário traz um relato de conquista de algumas mudanças como, por exemplo, casa própria, aceitação da família e aceitação de críticas. De todas as

conquistas, chamou a atenção a aceitação de críticas, uma vez que se trata de uma mudança pessoal. Tal mudança, muito provavelmente está associada ao método terapêutico do tratamento que se dá pela fala, a qual ocorre de forma coletiva, o que muitas vezes pode ser interpretado enquanto exposição, algo negativo, como referido pelo próprio usuário. Destaca-se ainda, na fala desse usuário, que mesmo com as recaídas ao uso abusivo de álcool e outras drogas, ele sempre que precisa de ajuda retorna para o serviço. Isto porque, para ele e para a família dele, o tratamento tem **efetividade**, uma vez que sua família afirma que o CAPSad II – leste é o único lugar onde ele consegue passar um certo tempo em abstinência.

A fala a seguir, aparentemente pode indicar que as mudanças ocorridas na vida do usuário são muito simples, por se tratar de higiene pessoal, aparência, convivência, e de fato o são; mas essas conquistas têm um significado enorme para quem despertou para a vida novamente; para quem está aprendendo a viver e a conviver sem o uso abusivo de álcool e outras drogas.

“A gente pensando bem, a gente que vive naquela vida de drogado, quando a gente encontra o serviço do CAPS é uma diferença grande. Antes, eu cheguei aqui com 55 quilos, hoje em dia tou pesando 71 quilos. Então minha vontade só é de melhorar, porque a gente entendendo bem, aquela vida não é vida prá ninguém. A vida que a gente sempre vive na sarjeta, a gente vive humilhado, vive assim tipo um animal, uma pessoa que não se trata, não cuida nem de si mesmo. E no momento que a gente conhece o serviço do CAPS é outra coisa diferente: a gente procura se tratar mais, procura se cuidar, a gente procura manter uma higiene que quando agente vive no mundo da droga, nem higiene a gente tem em si mesmo; não respeita ninguém, sabe? Humilhado pelas pessoas, ninguém confia naquela pessoa. E aqui tudo isso a gente encontra: respeito, confiança, liberdade” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

A fala desse usuário, além de descrever as mudanças que o tratamento trouxe para sua vida, faz referência à metodologia de trabalho utilizado no CAPSad II – leste, pautada no respeito, confiança e liberdade. Interessante observar que o usuário fala em liberdade, apesar das regras previstas no tratamento. Fato que leva a inferência de que o usuário consegue fazer uma distinção clara entre limites, estabelecimento de rotina, os quais são esclarecidos e negociados durante todo o tratamento, com a imposição dos mesmos. A liberdade ainda pode estar associada à

principal característica do CAPSad II – leste, que está em ser um espaço aberto, diferente dos hospitais psiquiátricos que prevêm confinamento.

Outra mudança que pode parecer muito simples: dormir bem, mas em se tratando de um usuário abusivo de álcool é uma grande conquista conseguir dormir sem o uso abusivo do álcool:

“Hoje eu tou me sentindo bem, durmo bem, bem melhor assim. A bebida assim faz a gente, a coisa também, faz mentir, fazer as coisas que não quer. Eu acho também a vida minha todinha era assim, eu dizia muito o que se queria ouvir. Eu dizia muito prá pessoas o que elas queriam ouvir eu era quem segurava eu [...] eu dizia aquilo bem pintadinho, bonitinho e isso melhorou. Hoje eu aprendi aqui que eu diga o que é bom prá mim. eu digo o que é bom prá mim, se alguém vá se doer, que não doa em mim” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

A fala de um profissional, a seguir, nos revela que são comuns e muito significativas as mudanças relacionadas ao estilo de vida dos usuários, no tocante a procurar viver sem excessos, com mais responsabilidade, com um estabelecimento de rotina, sentindo prazer sem estar necessariamente atrelado ao uso de drogas.

“Mudança no estilo de vida, um estilo de vida mais moderado. Assim ,quando tava no uso da droga era um estilo de vida mais cheio de excesso, um estilo de vida sem freio, desregrado, não tinha hora para nada. E, à medida que ele vai entrando no tratamento, ele começa a mudar o estilo de vida, começa a ter uma responsabilidade maior. Ao mesmo tempo que vai descobrindo assim outros prazeres diferentes das drogas, assim prazer em assistir um filme, prazer em ler alguma coisa, enfim” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

Esse estilo de vida sem freio, desregrado a que o profissional se refere, é muito comum em se tratando de usuários abusivos de álcool e outras drogas. Provocar mudanças nesse estilo de vida não é fácil, nem para os usuários e nem para os profissionais. Esse estilo de vida desregrado ainda é um dos fatores provocadores da adesão dos usuários ao tratamento e, conseqüentemente, do número de desistência/abandono.

Essa mudança de estilo de vida perpassa também a redução do consumo de álcool e outras drogas. É o caso da usuária a seguir:

“A mudança é que eu não estou bebendo, né? Eu sei que vou numa festa prá tomar uma coisa assim, aí eu não tomo remédio, porque eu ainda tomo remédio antidepressivo, né? Aí eu digo: Ah! Hoje eu vou pra um aniversário. Aí, eu não tomo aquele remédio, aí eu bebo um pouquinho, um copo ou dois de cerveja e pronto. Eu nunca faria um negócio desse. Quando eu ia pra uma festa, aí eu sabia: Não vou dirigir, vou de ônibus. Aí bebia e voltava de táxi bêbada que só a moléstia, que não sabia nem direito não sei nem como é que o táxi acertava” (usuária em entrevista à autora em abril de 2006).

A equipe técnica relata mudanças significativas de comportamento dos usuários, como por exemplo, comportamentos relacionados a crimes e/ou contravenções penais, isto é, os usuários têm a oportunidade de realizar uma autocrítica e de reelaborar sua forma de ver o mundo e relacionar-se com ele.

“Existem muitas mudanças no relacionamento com a família, existe a própria mudança da diminuição e da parada do uso de drogas. Existe muita mudança no tocante a infrações. Eu acho, pelo relato deles, de pessoas que antes tinham comportamentos mais de roubo. Hoje eles já saem com uma crítica maior, vamos dizer assim, com uma auto-crítica, ele já pensa mais nisso, ele já teme. Isso eu tenho percebido muito. A gente tem alguns pacientes que saíram não necessariamente em abstinência, mas que a gente sabe, pelo relato deles, que tinha coisas que faziam, e hoje eles falam assim: Não sou mais capaz de fazer isso. Quando eu lembro o que eu fazia antes, eu não acredito que era eu que fazia aquilo. A gente tem muito esse tipo de relato. Até de pacientes que abandonam, que tem uso de drogas, teve recaída, mas tiveram mudança no sentido de se relacionar com a sociedade mesmo, entendeu? Em alguns casos mais, em outros menos” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

A fala desse profissional traz relatos de mudanças no relacionamento familiar, de redução do consumo de álcool e outras drogas, da abstinência e mudança de comportamento no tocante a crimes e contravenções penais. A fala do profissional ainda chama a atenção para o fato de que mesmo aqueles usuários que saíram do tratamento sem a conquista da abstinência, que abandonaram o tratamento, que tiveram recaídas durante o tratamento, ainda assim, mudaram de comportamento diante da vida, mudaram a forma de se relacionar com a sociedade. Isso significa dizer que mesmo diante de todas as situações acima referidas, existem graus de efetividade no tratamento.

A fala a seguir revela que o tratamento do CAPSad II – leste superou as expectativas da família, uma vez que o tratamento, além de ajudar na conquista da

abstinência do usuário, também provocou mudanças significativas em seu comportamento:

“Ele era muito arrogante, prepotente, ele não pensava nem nele mesmo, ele só via apenas a ponta do nariz dele. Hoje ele é uma outra pessoa, hoje ele ajuda as pessoas a saírem da rua [...] mostra, por exemplo, a vida dele, ele me apóia nisso e faz doação, que a gente tem um açouguezinho, então ele faz doação de osso prá aquele sopão de rua e também distribui na rua sopão [...]” (familiar em entrevista à autora em maio de 2006).

O relato desse familiar revela mais uma mudança de comportamento, na maneira de se relacionar com a sociedade. Nesse caso, o usuário desenvolve uma preocupação com o próximo. Tal fato surpreendeu o familiar, como mostra seu relato a seguir:

“Olhe, eu esperava menos. Só em ele deixar de beber, prá mim isso já seria uma vitória sabe? Mas o pai é pai, Deus é pai, é poderoso, então ele deu três, quatro, cinco vitórias numa só. Primeiro ele tá sóbrio, segundo ele pensa nas outras pessoas, pensa nos outros, pensa em quem ainda precisa de ajuda. Ele é consciente disso, que prá ele conseguir, ele precisou de ajuda. Então ele tem consciência que precisa ajudar alguém, prá alguém sair de onde está na rua né? Eu fico feliz quando vejo ele, parece um doidinho prá cima e prá baixo com os pratos sabe, acordando aquele velhos e olha assim, às vezes ele chora sabe, porque ele antes de mim ele foi mendigo” (familiar em entrevista à autora em maio de 2006).

O familiar relata sua satisfação diante da conquista da abstinência do usuário, e, sobretudo, da sua mudança de comportamento para com o próximo. O familiar ainda relata a dura realidade de abandono, a qual o uso abusivo de álcool provocou, chegando a perder bens materiais, a família, chegando inclusive a cometer um homicídio e a viver na rua como mendigo, como mostra seu relato a seguir:

“Ele já teve muita coisa. Não foi rico, mas já viveu montado no dinheiro, tinha uma boa casa, carro e acabou tudo. A primeira coisa que ele perdeu foi a família. A primeira esposa dele, filhos e tudo abandonaram ele. Ele foi mendigo de rua mesmo, dormia em calçada. Aí um amigo dele levou ele pro AA, aí ele passou um tempo sem beber, aí voltou de novo, aí foi quando conheceu essa pessoa

que aí matou essa pessoa” (familiar em entrevista à autora em maio de 2006).

Diante de relatos de diversas mudanças ocorridas na vida dos usuários em decorrência do tratamento ofertado pelo CAPSad II – leste, indagou-se à equipe quanto aos casos da não adesão dos usuários ao tratamento. Dito de outra forma, a que a equipe atribuía os casos da equipe não chegar no usuário, do tratamento não provocar nenhum tipo de mudança na vida desse usuário e percebeu-se que a equipe atribui isso a fatores internos, individuais dos usuários, mas também à própria proposta do tratamento a que, por um motivo ou outro, o usuário não se adaptou. Colocou-se inclusive a dificuldade de saber ao certo o porquê dessa não adesão, uma vez que, muitos desses usuários sequer têm tempo para dar o *feedback*, e, simplesmente, abandonam o tratamento. Tais questões são reveladas nas falas de profissionais a seguir:

“É, a gente tem que levar em consideração que, apesar de todos os esforços da equipe, existe algumas variantes assim individuais, como todo tipo de tratamento existem resistências. Então a gente também se depara com algumas resistências ao tratamento, seja porque o paciente não tá realmente naquele momento de buscar apoio, e muitas vezes nesses casos aí, não se consegue o objetivo e fatalmente vai terminar no quê? No abandono de tratamento, em recaídas freqüentes. Eu creio que depende muito do momento do paciente” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

A fala do profissional revela que, apesar de todo empenho da equipe para o usuário aderir ao tratamento, há resistências. O profissional atribui a resistência ao tratamento a fatores internos, ou seja, muitas vezes os usuários não se encontram disponíveis para a mudança e, dessa forma, abandonam o tratamento, ou ainda, permanecem no mesmo, com recaídas freqüentes. Também há casos dos profissionais sequer saberem o porquê da não adesão. É o que nos mostra a fala a seguir:

“É difícil, mas assim são os pacientes que a gente nem consegue avaliar direito, porque ou ele nem vem depois da primeira entrevista, ou eles vêm poucos dias e não vêm mais; um, dois, três não vêm mais. Os que nem vêm, são os que não comparecem, vêm prá primeira entrevista, fazem e quando a gente marca o dia, por exemplo, se for no dia seguinte, ele não vem, não vem mais, passa cinco dias não vem” (profissional em entrevista a autora em maio de 2006).

A fala desse profissional pode ser constatada no gráfico 11 desse trabalho, intitulado tempo de permanência no tratamento, o qual revela que 65% dos usuários do serviço permanecem no tratamento por um período inferior a 30 dias. Dessa forma, esses usuários não chegam sequer a passar pela primeira avaliação do tratamento. Assim sendo, os profissionais não têm como saber o motivo do abandono. Então, só resta ao profissional fazer conjecturas que, inclusive, corroboram com a fala do profissional referido anteriormente, no tocante a atribuir a não adesão a fatores internos. No entanto, o profissional acima referido continua sua fala, ampliando as conjecturas:

“Eu imagino que seja ou que não era o momento de fazer, não tava é, vamos dizer assim, não era uma demanda de tratamento naquele momento. Ele podia ter vindo prá essa entrevista, por causa da família, por causa do trabalho, menos por causa dele. Ou então assim, que essa forma de tratamento pode não ter, num é uma regra prá todo mundo. Tem pessoas que quando se submete à triagem, por exemplo, que vê que há muitas normas, não concorda com as normas, ou há pessoas que preferem um tratamento em que tenha mais a questão do trabalho, ou da espiritualidade, que aqui tem pouco isso. Então eu acho que tem as duas, tem muitas coisas, uma das coisas é que não é o momento e a outra coisa é que esse tipo de tratamento pode não ser o indicado, ou não é o que aquela pessoa queria. Às vezes quer se internar, às vezes essa demanda já fica ambígua, muito ambígua, nessa hora da triagem, né? Não sei se eu venho, mas diz que vem, vou tentar, a gente já fica imaginando que talvez não venha mesmo, enfim” (profissional em entrevista a autora em maio de 2006).

Na ampliação das conjecturas o profissional se remete além de fatores internos: à demanda do usuário para se tratar não ter sido espontânea, ter sofrido alguma pressão externa, como por exemplo, da família, e ainda faz referência à própria metodologia do tratamento, que pode não estar dentro das expectativas do usuário.

Também tivemos a oportunidade de entrevistar um familiar cujo parente não teve adesão ao tratamento; e ela atribui esse fato a questões internas do seu parente que ainda não quer se tratar e também à proposta de trabalho do CAPSad II – leste, que está estruturada em intervenções grupais, na fala dos usuários. Quando indagada se o CAPS havia provocado alguma mudança na vida de seu parente, ela respondeu o seguinte:

“Não, o CAPS não, ele mesmo tá buscando [...] Eu atribuo primeiro a ele não desenvolver o querer, está dentro dele, não está em mim, o meu querer não é o querer dele. Esse querer está dentro dele, e ele precisa deixar isso desabrochar [...] Porque esse querer tá dentro dele, essa mudança tá com ele, o querer mudar está com ele. Ele fala que aqui deveria ter um tipo de terapia diferente, até porque não me envolvo, eu não quero conhecimento das terapias. Ele diz que não sabe desenhar porque ele não desenvolveu, acho que a coordenação motora” (familiar em entrevista à autora em abril de 2006).

A fala desse familiar corrobora com as duas falas dos profissionais referidos anteriormente, ou seja, a dificuldade desse usuário aderir ao tratamento está, tanto em fatores internos, uma vez que seu familiar diz que ele precisa desenvolver o querer de se tratar; e ainda, pela própria metodologia do tratamento, tendo em vista que o usuário apresenta dificuldade de se envolver e no tocante a habilidades manuais, como por exemplo, desenhar. Soma-se a isso o grande prazer que o usuário tem no uso da droga, como afirma seu familiar:

“Ele diz a mim que a vontade que ele sente é mais forte do que assim dele persistir no tratamento. Ele não deixa o tratamento, mas quando ele sai daqui ele vai em busca das drogas, porque o que ele sente a sensação, o prazer é muito grande” (familiar em entrevista à autora em abril de 2006).

Esse depoimento constata que nem sempre a proposta do CAPSad II – leste consegue adesão de todos. Esse usuário, por exemplo, tem dificuldades de relacionamento, então fica muito difícil para ele se adaptar num ambiente que tem como proposta as intervenções grupais, baseadas na fala, na realização de trabalhos manuais, entre outros. Todos os recursos terapêuticos têm a proposta de promover a interação, integração e socialização entre seus participantes. Dessa forma, é natural que esse usuário encontre dificuldades para se adaptar ao tratamento proposto pelo CAPSad II – leste.

Não obstante as questões e reflexões suscitadas para a apreensão da não adesão dos usuários ao tratamento, é fato que na percepção dos profissionais, familiares, e, sobretudo, dos usuários o tratamento do CAPSad II – leste foi capaz de provocar mudanças biopsicossociais na vida dos usuários que deram continuidade ao mesmo; sendo, inclusive, capaz de provocar mudanças em alguns usuários que

abandonaram ou desistiram do tratamento. Dessa forma, é razoável afirmar que o objetivo do CAPSad II – leste foi alcançado. No entanto, analisa-se no eixo seguinte, se as mudanças ocorridas traduzem a efetividade do serviço.

Tradução da efetividade do CAPSad II – leste

Analisando as falas dos entrevistados não restam dúvidas de que ocorrem mudanças significativas nas condições biopsicossociais prévias da vida dos usuários. No entanto, para saber-se em que medida o serviço é efetivo, precisa-se saber se essas mudanças teriam ocorrido sem a intervenção do CAPSad II – leste. Dessa forma, questionou-se os entrevistados, para saber se os usuários teriam atingindo as mudanças que conquistaram, sem a ajuda do CAPSad II – leste e todos os usuários foram unânimes em reconhecer a importância do serviço para seu processo de mudança, como revelam os depoimentos a seguir:

“Não, ao contrário, eu acho que se eu não tivesse passado pelo CAPS, ou eu estaria num manicômio hoje, ou taria morto. Porque eu vinha, inclusive quem entra nesse mundo sabe como é, a gente se endivida demais. Tinha mês de eu ficar devendo setecentos, oitocentos reais de drogas, isso fora que eu cherei muitas vezes papel de luz, de água, dinheiro de luz, dinheiro de água, que minha esposa perguntava: você num pagou não? Paguei não, então pega o dinheiro vai prá Natal pague e venha. Cheirava, chegava em casa com os papéis. Vixe! Paguei, mas esqueci no condomínio e ia enrolando quando daqui a pouco chegava a COSERN” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

O usuário acima atribui ao CAPSad II – leste o seu processo de mudança, e não vislumbra esse processo sem a ajuda do CAPS. Na sua opinião, sem a ajuda do CAPS ele poderia ter agravado sua situação, chegando ao ponto de dizer que se não tivesse passado pelo CAPS poderia estar morto, em virtude das dívidas de drogas.

Na mesma linha de raciocínio, o usuário a seguir foi categórico ao afirmar que não teria conseguido as mudanças que conquistou sem a intervenção do CAPS. “Teria não, a mudança que eu teria tido, tinha sido dessa terra prá outra. Não teria conseguido, que eu fui uma pessoa até que eu tentei o suicídio, porque eu não queria aquela vida prá mim” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006). A fala

revela que o usuário tem o entendimento que além de não ter conseguido as mudanças que obteve sem o CAPS, poderia estar morto.

O usuário a seguir também fez declarações taxativas. Ele afirma que sem ajuda do CAPS não teria consigo mudar. O depoimento dele também revela a importância do papel da família no processo de mudança, mas em caso de não haver família, como é o caso dele, o CAPS supre essa carência:

“Bom, eu acho que não. Prá dizer a verdade acho que não. Porque sozinho a gente não consegue, tem que ter alguém prá ajudar a gente. Primeiro, uma família né? Como não tenho família, já tem um tratamento desse assim, uma equipe maravilhosa que nem essa aqui, ajudou bastante, já substituiu a família” (usuário em entrevista à autora em abril de 2006).

O usuário coloca, ainda, a dificuldade de conseguir, sozinho, as mudanças conquistadas com o tratamento e a importância de um espaço relacional, de sociabilidade, como o disponível no CAPSad II – leste, nesse processo de mudanças, chegando inclusive a substituir a família.

A usuária a seguir foi enfática, ao afirmar que não teria conseguido as mudanças que conquistou sem a ajuda do CAPS, chegando inclusive a afirmar que repensou seus planos de mudar de estado por causa do CAPS:

“Não, com certeza não. Eu vivia muito atribulada, minha vontade era se aposentar e sair, porque eu trabalho no estado, aí a minha vontade era me aposentar, sair ir morar lá com minha família lá em São Paulo. E eles falavam muito, minhas irmãs, minha mãe, falavam muito prá eu ir embora prá lá. Aí, por causa do CAPS, eu fiquei aqui nesse tratamento. Mas com certeza, se eu não tivesse encontrado o CAPS na minha vida, eu tinha ido embora prá lá, porque eu não ia agüentar ficar sozinha, morando sozinha, com depressão, qualquer coisinha tava chorando” (usuária em entrevista à autora em abril de 2006).

Há casos de depoimentos que atribuem prioritariamente a Deus o processo de mudanças conquistado pelo usuário, e, em segundo lugar ao CAPS. É o que revela a fala a seguir:

“[...] foi aqui que salvou a vida dele, Deus primeiramente, e o CAPS que salvou a vida de [...] e a minha também. Ele ia acabar me matando, ou eu matando ele. Ou outra pessoa mesmo, sabe? E o CAPS realmente funcionou prá ele. Funcionou e funciona prá

qualquer um, assim queira. É só querer” (familiar em entrevista a autora em abril de 2006).

Nesse caso, o tratamento do CAPSad II – leste teve repercussões para além da vida do usuário, teve rebatimentos também na vida do familiar, uma vez que a familiar acima diz que o serviço também salvou a vida dela.

A equipe técnica considera passível haver mudanças sem necessariamente o usuário passar pelo CAPSad II – leste, uma vez que, existem outras abordagens de tratamentos que podem, sim, surtir efeitos para uns, e outros não. A exemplo do que ocorre no CAPSad II – leste onde uns se adaptam, enquanto que outros não, e, dessa forma, não conseguem bons resultados com o tratamento. Também há casos de pessoas que só em freqüentar a igreja conseguem algumas mudanças. Outras que, sequer chegam a freqüentar qualquer tipo de tratamento e conseguem bons resultados. É o que revela o depoimento a seguir:

“Eu acho que é uma coisa assim. Cada pessoa tem uma história e reage de uma forma diferente. Eu acho que poderia conseguir porque tem muitas pessoas que têm adesão a AA, tem pacientes que se adequa à Carena²¹. Então assim, a gente sabe de história de pessoas que nunca passaram por tratamento nenhum, a gente vê os que passam as mudanças que têm, e outros não têm mudanças, não consegue. Muitos mudam, outros não conseguem avançar muita coisa. Mas assim, acho que mesmo passando por um tratamento, tem pessoas que encontram caminho numa igreja, outros encontram caminho no AA, no NA ou numa outra modalidade de tratamento; outros não chegam nunca em um tratamento. Acho que não tem uma coisa fechada, acho que é uma coisa muito ampla. O tratamento, eu acho que ele ajuda muito, mas tem pessoa que nunca chegaram aqui, que eu acredito que possam de repente olhar até para experiência pessoal assim de pessoas da minha família que eu nem sabia que tinha o convívio assim. Não entendia o que era e ele de repente deixou de usar bebida e num fez tratamento, não foi prá igreja num foi nada. Ele, por si só, resolveu que num queria, que aquilo ali não dava mais prá ele. Eu digo assim uma experiência bem ímpar e assim, ele nunca fez tratamento” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

A profissional a seguir revela que conhece casos de usuários que não se adaptaram no CAPS e se adaptaram em outras abordagens de tratamento; como também, conhece casos de usuários que não se adaptaram em outras abordagens de tratamento e se adaptaram ao CAPS.

²¹ Trata-se de uma comunidade terapêutica de cunho religioso que prevê internação.

“Tem várias pessoas que entram numa instituição religiosa, e assim, a fé é tão grande que move, que ele muda de comportamento. Eu conheço pessoas que conseguiram assim. E também existem outras instituições que também trabalham para essa mudança de comportamento, que são as fazendas. Eu já tive em fazendas aí que, já conheci pessoas que vieram pro CAPS e não conseguiram esse objetivo no CAPS e conseguiram numa fazenda, né? Já tem pessoas aqui no CAPS que já vieram de uma fazenda porque não conseguiram o objetivo na fazenda e consegue no CAPS. E graças a Deus que existem várias formas. Tem o AA, que tem pessoas que não conseguem no CAPS e conseguem no AA; não conseguem no AA e conseguem no CAPS. E são formas de tratamento completamente diferente, uma não tem nada a ver com a outra, e tem pessoas que conseguem. Graças a Deus que existem essas formas por aí, essas alternativas (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

A profissional a seguir enaltece os casos de usuários que conseguem bons resultados, sobretudo quanto à conquista da abstinência, sem necessariamente passarem por um tratamento.

“Às vezes a mudança ela pode acontecer, por um elo que a gente chama de mudança espontânea. Espontânea, mas ao mesmo tempo não é. As vezes é um comentário, por exemplo, que seja significativo pra pessoa; isso pode fazer toda diferença, pode ser todo o tratamento. Alguém que diz algo, que vamos dizer assim que vá tocar, mas pode ser alguém da família, pode ser alguém da rua, ou uma situação muito traumática; também pode ser todo o tratamento, pelo menos em relação à abstinência. Aquilo foi tão forte, ou tocou tanto, que a pessoa decide que não quer mais. Não vai ser um tratamento assim em termos de mudança da forma de ser, mas a questão da abstinência, muitas vezes ela é conseguida assim, sem nenhum tratamento, entre aspas, mas alguma coisa houve” (profissional em entrevista à autora em maio de 2006).

Todos os entrevistados: usuários, familiares, e profissionais foram unânimes ao dizer que recomendariam o tratamento do CAPSad II – leste para um amigo e/ou parente. Os usuários foram categóricos ao dizer que se precisassem de ajuda novamente, como já aconteceu com alguns, procurariam o referido serviço novamente; o que significa dizer que todos acreditam no serviço prestado pelo CAPSad II – leste. Dessa forma, diante de todo o resultado que a pesquisa apontou, pode-se inferir que o mesmo traduz a **efetividade** do serviço.

A **efetividade** de um serviço destinado a usuários abusivos de álcool e outras drogas tem todas essas particularidades abordadas até aqui, e por isso,

pode-se concluir que é efetivo, na maioria das vezes, para aqueles usuários que fazem o tratamento. No entanto, há uma porcentagem de 65% de usuários que não são atraídos a realizar o tratamento e o abandonam, ou desistem dele antes mesmo dos 30 dias iniciais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Eu me sinto uma pessoa de sorte, eu tive sorte de ter encontrado essa clínica, porque eu só comparo ela assim com um negócio particular, porque é muito eficiente, além de tratar as pessoas, com médico, psiquiatra, médicos, clínico geral, dá os remédios, e ainda aconselha, conversa, se a pessoa precisar de um psicólogo, como eu, [...] eles me encaminharam. (usuária em entrevista à autora em abril de 2006).

A pesquisa quantitativa possibilitou conhecer alguns dados sociodemográficos dos usuários do CAPSad II – leste e dados que expressam o conhecimento do referido tratamento. O conhecimento desses dados pode servir de parâmetro para se pensar estratégias de ações voltadas para um determinado perfil de usuário e de tratamento. Dito de outra forma, pode-se pensar em estratégias de ação a partir da realidade concreta, o que aumenta a possibilidade de se obterem melhores resultados.

A pesquisa qualitativa apontou que a adesão a um tratamento destinado a usuários de álcool e outras drogas não pode ser considerado um processo linear, tampouco perene, isto porque a adesão pode sofrer influências externas como: pressões da família e ações coercitivas, a exemplo dos usuários encaminhados pela Justiça para o tratamento, ou ainda, por influência interna advinda do próprio indivíduo. No geral observou-se que essa influência interna está relacionada a um processo de perdas sociais afetivas, de saúde e/ou econômicas, por parte do usuário, em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas. Por outro lado, as comorbidades decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas são outro fator que interfere no grau de adesão ao tratamento e elas, tanto podem aumentar as chances de recaída e a probabilidade de abandono do tratamento, quanto podem motivar o usuário a se tratar.

A partir das entrevistas e das observações, pode-se constatar que, aderir a um tratamento não significa apenas seguir as orientações da equipe técnica, mas entendê-las, concordar com elas e segui-las, a partir de uma tomada de decisão e do comprometimento com a mudança. Significa que deve existir vínculo terapêutico entre equipe técnica e usuário, de forma que sejam reconhecidas as responsabilidades de cada um, no processo de obtenção de êxito no tratamento.

Constatou-se, também, que a equipe apresenta capacidade de estabelecer vínculos terapêuticos, de adequar o tratamento às necessidades e características do usuário, de possibilitar a interface do tratamento com outros serviços, e ainda, que os recursos utilizados pela equipe técnica do CAPSad II - leste para aumentar o nível de interesse do usuário pelo tratamento são recursos práticos de baixo custo e de fácil execução, bem como, passível de ser ajustado de acordo com a necessidade do usuário.

Percebeu-se, na fala dos entrevistados, nos poemas dos usuários e em toda a observação realizada *in loco*, que o objetivo do CAPS não apenas é atingido, mas, algumas vezes, também é extrapolado, uma vez que consegue atingir aspectos da vida dos usuários que não estão presentes nos objetivos oficiais do serviço, como, por exemplo, suprir carência familiar. No entanto, como toda e qualquer abordagem, o CAPSad II - leste não consegue ser efetivo para todos e nem atingi-los de forma equânime. Aqueles predispostos à mudança, que perseveraram, com apoio afetivo de familiares e/ou amigos, conquistaram melhores resultados com o tratamento.

A pesquisa quantitativa e qualitativa possibilitou refletir sobre algumas questões como: qual é o prazo de garantia, qual a validade das mudanças biopsicossociais conquistadas com o tratamento? Esse prazo, essa validade estão relacionados a fatores internos e externos, que podem ser os mais variados possíveis, variando ainda, de pessoa para pessoa. O fato é que não há garantias; trata-se de uma doença crônica passível de controle; para tanto, exige um acompanhamento constante. Tanto o controle quanto a sua manutenção é de difícil execução. As sociedades capitalistas ocidentais a todo tempo oferecem fatores de riscos para o uso abusivo de álcool e outras drogas; estimulam ao consumo exacerbado e a evitar sofrimentos a qualquer custo.

Esse conjunto de fatores é provocador do número significativo de reincidências ao tratamento do CAPSad II – leste. Se, por um lado, às reincidências denunciam a dificuldade do controle e da manutenção do uso abusivo de drogas, ao mesmo tempo indica que os usuários acreditam no tratamento do CAPSad II – leste pois, ao precisarem de ajuda, novamente retornam à instituição; por outro, pode indicar mais um vício, mais uma dependência na vida do usuário, uma vez que a estrutura que o CAPSad II - leste oferece com espaço físico amplo, asseado, arejado, confortável, televisor, aparelho de som, alimentação balanceada, respeito,

sentimento de grupo, possibilidade de conversar e ser entendido na sua singularidade, não é uma estrutura fácil de ser encontrada, por exemplo, na casa de muitos usuários. Alguns deles sequer têm com que se alimentar todos os dias.

Neste sentido, a criação do vínculo entre usuários e equipe técnica pode ser facilitada, pelo fato desses usuários, muitas vezes vivenciarem um processo de exclusão, de ausência de atenção, desrespeito, falta de credibilidade junto à família, aos amigos e à sociedade no geral. Tanto a família quanto os amigos e a sociedade tendem a discriminar e/ou minimizar a situação de usuário abusivo de álcool e outras drogas. Dessa forma, a família, muitas vezes entra num processo de desalento, fica cansada de lidar com parentes usuários abusivos de álcool e outras drogas, e, em virtude disso, abandonam seus parentes, ou os entregam completamente aos cuidados da instituição, como quem diz: “Eu já tentei de tudo, cansei, não tem jeito”.

Assim sendo, é natural que a situação inicial do tratamento sofra mudanças, como, por exemplo, receber mais apoio da família, quando este usuário passa a se impor mais limite e a conquistar períodos de abstinência; no entanto, são apenas questões e reflexões que a pesquisa suscitou e que podem vir a ser objeto de estudo de uma pesquisa posterior.

Diante de todas as observações, questões e reflexões realizadas até aqui, pode-se dizer, sem correr o risco do exagero, que os resultados do estudo apontam para a *efetividade* do tratamento do CAPSad II – leste. Os relatos dos entrevistados demonstram que o tratamento contribui para provocar mudanças biopsicossociais tais como: redução do consumo, conquista da abstinência, melhoria da saúde e qualidade de vida, autoconhecimento, elevação da auto-estima, estabelecimento e/ou restabelecimento dos vínculos afetivos e sociais. Dessa forma, o CAPSad II – leste caracteriza-se, de fato, numa instituição que tem uma proposta diferenciada de cuidados a usuários abusivos de álcool e outras drogas. Tal proposta está referendada nos preceitos e diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que legitima os serviços substitutivos enquanto espaços privilegiados de atenção aos usuários abusivos de álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, Kenya Kelly da Silva Rocha; SILVA, Adriana Melo da. **Dependência química: fases e faces; um olhar acerca da proposta de inclusão do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2002. 98f. Monografia (graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2002.

AMARANTE, PAULO (Coor.) **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2 ed Rio de Janeiro:Editora FIOCRUZ, 136p.

_____. (org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2ª Ed. 2002. p. 73-95.

ARRETCHE, Marta T. S. **Tendências no estudo sobre avaliação**. In Rico, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de políticas Sociais: uma questão em debate**. 3 ed. São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais, 2001.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUSA, L. C.; **Metodologia de Avaliação em Políticas Públicas: uma experiência em educação profissional**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2001. (Coleção questões da nossa época, 75).

BELMOMTE, P.; et all. **Temas de Saúde Mental. Textos Básicos**. Brasília, 1998. 94 p.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Rideel, 2001 (Coleção de leis Rideel. Série compacta).

_____. **Lei n.º 6.368**, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre as medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Presidência da República: subchefia para assuntos jurídicos, Brasília, DF, 06 nov. 2001. Disponível em: <http://planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6368.htm> Acesso em: 14 jan. 2002.

_____. **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. In **Legislação em saúde mental**. 5 ed. ampl. Série E, Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Caderno de Textos. III Conferência Nacional de Saúde Mental: Cuidar sim, excluir não**. Nov. de 2001. Brasília-DF. p 1992.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996**. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>. acesso em 26/05/06

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**: Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas**. 2ed. Ver. Amp. – Brasília, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Coordenação Geral de Documentação e Informação. Centro Cultural da Saúde. **Memória da Loucura 1**. Brasília 2003a.

_____. **Memória da loucura 2**. Brasília 2003b.

_____. **Memória da loucura 3**. Brasília 2003c.

_____. **Memória da loucura 4**. Brasília 2003d.

_____, Ministério da Saúde. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Cosam/MS, 1994.

_____, Secretaria Nacional Antidrogas. Ministério da Saúde. Agência Nacional de vigilância Sanitária. **Exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas**. Brasília: SENAD/ANVISA, 2002. 94p.

BRITES, Cristina Maria. **Serviço Social, drogas e Aids: questões para debate**. Caderno de Comunicação do 8º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília; [s.d.], [s.e.], 1995.

BUCHER, Richard; COSTA, Priscila Fernandes. Modelos de atendimento aos usuários de drogas. In: BUCHER, Richard (Org.). **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo: EPU, 1988. p. 69-80.

_____. **Visão Histórica e Antropológica das Drogas**. In Prevenção ao abuso de drogas em ações de Saúde e Educação (uma abordagem sócio-cultural e de redução de danos). Disponível em <http://www.usp.br/nepaids/drogas-as.pdf> Acesso em: 24 fev. 2005.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. **Relatório de atividades desenvolvidas no ano 1996**. Natal, 1996.

_____. **Relatório de atividades desenvolvidas no ano 1997**. Natal, 1997.

_____. **Relatório de atividades desenvolvidas no ano 1998**. Natal, 1998.

_____. **Relatório de atividades desenvolvidas no ano 1999**. Natal, 1999.

_____. **Relatório de atividades desenvolvidas no ano 2000**. Natal, 2000.

_____. **Relatório de atividades desenvolvidas no ano 2001.** Natal, 2001.

_____. **Relatório de atividades desenvolvidas no ano 2002.** Natal, 2002.

_____. **Relatório de atividades desenvolvidas no ano 2003.** Natal, 2003.

_____. **Relatório de atividades desenvolvidas no ano 2004.** Natal, 2004.

_____. **Relatório de atividades desenvolvidas no ano 2005.** Natal, 2005.

CARNEIRO, Henrique S. Economia e embriaguez do século XVI ao XVIII. Disponível em: <<http://www.historiadoreletronico.com.br/secoes/faces/3.html>> Acesso em: 19 de mar de 2005a.

_____, **Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo.** In Álcool e drogas na história do Brasil. (Org.) Carneiro, Henrique; Venâncio, Renato Pinto. São Paulo: Ed. PUC Minas, 2005b. p. 11-27.

COSTA, João Bosco Araújo. **A ressignificação do local:** o imaginário político brasileiro pós-80. Revista São Paulo em Perspectiva. São Paulo: Fundação SEADE, vol. 10 nº 03, jul/set de 1996.

COSTA, Jurandir Freire. **História da Psiquiatria no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Documentário, 1976.

COVRE, Maria de Lourdes Manzini. **O que é cidadania.** São Paulo: Brasiliense, 2001. (Coleção Primeiros Passos; 250).

CRIVES, M. N. dos S. **Os Naps leste e oeste de Natal/Rn: semeando mudanças em saúde mental.** 2003.188f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

DIAS, João Carlos. **Avaliação e Diagnóstico.** Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.abead.com.br/aulas/arquivos/Curso%20XXII%20ABP.ppt>> Acesso em 17 jul.2006.

DIEESE. **A situação do trabalho no Brasil.** São Paulo: DIESSE, 2001.

DOIMO, ANA M. **A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação no Brasil pós-70.** Rio de Janeiro: Relume-Dumaré: ANPOCS, 1995.

FIGLIE, N. B.; MELO, D. G.; PAYÁ, R. **Dinâmicas de Grupo Aplicadas no Tratamento da Dependência Química:** Manual Teórico e Prático. São Paulo: Roca, 2004.

FILHO, J. F. S. et al. **Avaliação de qualidade de serviços de saúde mental no Município de Niterói – RJ – A satisfação dos usuários como critério avaliador.** In Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro, v. 45, n.7, p. 393-402, jul. 1996.

_____, et al. **Avaliação de qualidade da “porta de entrada” do sistema assistencial em Saúde Mental de Niterói – RJ.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, v. 47, n.2, p. 73-80 fev. 1998.

FIORE, Maurício. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: CARNEIRO, Henrique; VENÂNCIO, RENATO Pinto (Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Ed. PUC Minas. 2005. p. 257-271.

FOCCHI, G. R. A. et al. **Dependência química: novos modelos de tratamento**. São Paulo: Roca, 2001.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

GARCIA, Joana; HYGINO, Joana. **Drogas: a permanente (re)encarnação do mal** In Revista Serviço Social e Sociedade, número 74. São Paulo: Cortez, p. 31-41, julho. 2003.

GOMES, Maria de Fátima Cabral Marques. Avaliação de políticas sociais e cidadania: pela ultrapassagem do modelo funcionalista clássico. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e (Org.). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria e prática** São Paulo: Veras Editora, 2001. p. 17-34.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **Drogadição: indivíduo, família e sociedade**. 2 ed. Rio de Janeiro, 1980. 108 p.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta, A. M. Fernandes (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo, 2001. ed. Hucitec p. 55-62.

LARANJEIRAS, Ronaldo; JUNGERMAN, Flávia; DUNN, John. **Drogas: maconha, cocaína e crack**. 2 ed. São Paulo: Contexto, 1998

LEITE, Marcos da Costa. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**, 2. Ed. Brasília: Presidente da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2001. 26 p. (Série Diálogo).

LESSA, Maria Bernardete Medeiros Fernandes. Os paradoxos da existência na história do uso das drogas. Disponível em: <**Erro! A referência de hiperlink não é válida.**> Acesso em: 31 ago. 2001.

LOBO, Thereza. Avaliação de processos e impactos em programas sociais: algumas questões para reflexão. In: Rico, Elizabete de Melo (Org.). **Avaliação de Políticas Públicas: uma questão em debate**. 3ª ed. São Paulo: Ed. Cortez. 2001. p. 75-83.

MASCARENHAS, Eduardo. **Alcoolismo, drogas e grupos anônimos de mútua ajuda**. São Paulo: Siciliano, 1990.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social In: MARTINELLI, Maria Lúcia (Org.). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999. – (Série Núcleo de Pesquisa; 1). p. 21-84.

MINAYO, Marai Cecília de S, SANCHES. Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000300002> acesso em: 24 de maio de 2006.

MOUNTIAN. Ilana. Questões éticas e morais do conceito de drogadição. Disponível em: <<http://www.adroga.casadia.org/tratamento/conceito-drogadicao.pdf> > Acesso em 30 jan. 2005.

MOURÃO, Carla. O homem, a cultura e as drogas. Disponível em: <http://www.vivatranquilo.com.br/saude/colaboradores/carla_mourao/homemcultura_drogas/matl.htm> Acesso em: 22 jul. 2002.

MURAD, J. E. **As drogas: uma introdução ao mistério do homem (I)**. O que vc deve saber sobre os psicotrópicos. A viagem sem bilhete de Volta. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Dois S.A, 1982.

NASCIMENTO, A. F. et al. Avaliação dos Serviços de Saúde Mental. In Venâncio, A.T.; Leal, E. M.; Delgado, P. **O campo da Atenção Psicossocial**. Anais do I Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia Te Cora Editora. 1997.

NATAL(RN) Secretaria Municipal de Saúde **Assistência à Saúde Mental no Município de Natal: Proposta de Reorganização de Atenção em Saúde Mental no Município de Natal**. Natal, Novembro de 1992. mimeo.

_____, **Proposta de plano para assistência em saúde mental**. 1992. mimeo.

_____, **Ante-projeto de funcionamento do CAPS**. Natal, jan. 1996.

_____. **Relatório da 2ª Conferência Municipal de Saúde Mental de Natal**. Outubro de 2001. mimeo.

NICÁCIO, Maria Fernanda. Da instituição negada à instituição inventada. In: Antonio Lacetti et al. **SaúdeLoucura**, São Paulo: Editora Hucitec, 2 ed, nº 1, p.91-108.

NUNES, Edson. **Poder Local, Descentralização e Democratização: um encontro difícil**. In: Revista São Paulo em Perspectiva. São Paulo: Fundação SEAD; vol. nº 03, jul/set, 1996.

PAIVA, Ilana Lemos de. **Em defesa da Reforma Psiquiátrica: por um amanhã que há de renascer sem pedir licença**. 2003. 165f. **Dissertação (Mestrado em Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003..**

PASSETTI, Edson. **Das 'fumeries' ao narcotráfico**. São Paulo: Educ. 1991.

PINHEIRO, M. G. Implantação de Residências terapêuticas: um desafio à gestão da saúde mental Natal. 2003. 46f. Monografia (Especialização em Equipes Gestoras dos Sistemas e Serviços de Saúde). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

PITTA, Ana Maria Fernandes (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2. ed. Hucitec. São Paulo, 2001.

ROCHA, Luiz Carlos. **As drogas**. São Paulo: Ática. 1987.(Série Princípios, 96).

RODRIGUES, Thiago. Narcotráfico: um esboço histórico. In: CARNEIRO, Henrique; VENÂNCIO, RENATO Pinto(Org.). **Álcool e drogas na história do Brasil**.São Paulo: Ed. PUC Minas. 2005. p. 291-310.

ROLIM, Marcos. **Deputado diz que maior desafio é mudar modelo**. **Jornal Diário de Natal, Natal**, 10 de novembro de 2000.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. A Reforma Psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países” avançados. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI **Desinstitucionalização**. São Paulo, HUCITEC. 2001. p 17-59.

SÁAD, Ana Cristina. Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: CRUZ, Marcelo Santos; FERRERIA, Salette Maria Barros. **Álcool e drogas – usos, dependência e tratamentos**. (Org.). Rio de Janeiro: IPUB/CUCA. 2001. p. 11-32.

SABBATINI, R. M.E. **A história da Terapia por choque em Psiquiatria**. Disponível em: <www.cerebromente.org.br/n04/historia/shockhtml> Acesso em: 19 mar. 2005.

SÁVIO, D.; CORRÊA, R. **A Construção de um Sistema de informação em Saúde dos CAPS**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CAPS,1 [S.L] v. 11, n. 24, jun. 2004.

SILVA, Joaquim Eloi F. **História da evolução da Psiquiatria no Rio Grande do Norte**. Natal: Ed. Universitária, 1989. Mimeo.

SILVA, Maria Ozanira da Silva e. Avaliação das políticas sociais: concepção e modelos analíticos. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, p. 74-79, março.1997.

_____. Avaliação de políticas e programas sociais: aspectos conceituais e metodológicos. In: SILVA, Maria Ozanira da Silva e. (Org.). **Avaliação de políticas e programas sociais: teoria & prática** São Paulo: Veras Editora, 2001. p. 37-93.

SILVA, Maurício A Fontoura. **A história das drogas na humanidade**. Disponível em: <<http://www.cicloturismocom.br/ahistori.htm>> Acesso em: 22 jul. 2002.

SOUZA, Celina. Reinventando o Poder Público Local: limites e possibilidades do federalismo e da descentralização. Revista São Paulo em Perspectiva, São Paulo: Fundação SEADE, n.3, jul./set.1996.

SUCAR, D. D. **Nas origens da Psiquiatria social no Brasil** - um corte através da história da Psiquiatria do Rio Grande do Norte. Natal: CLIMA, 1993. 155 p.

TORLONI, Hilário. **Estudos de problemas brasileiros**. 18 ed.[S.L]: Pioneira, 1987.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

VESPUCCI; Emanuel Ferraz; VESPUCCI, Ricardo. **Drogas não é vício**. Revista Caros Amigos, [s.l.], n.28, jul 1999.p. 22-27. Entrevista

VESPUCCI; Emanuel Ferraz; VESPUCCI, Ricardo. **O revólver que sempre dispara os dependentes de drogas e os caminhos para a recuperação, numa abordagem clínica**. São Paulo: Editora Casa Amarela, 1999.

VIANA, ALEX. Assustador: mais da metade das internações de doentes mentais no RN são desnecessárias ou inadequadas. **Jornal de Natal**, 23 de out. 2000.

VIEIRA, João. **O homem e as drogas: o penoso caminho do retrocesso**. v. 1. São Paulo: Letras & Letras, 1996

YASUI, Silvio. **CAPS; aprendendo a perguntar**. In: LANCETTI, A. (org.) Saúdeloucura1. 2ed São Paulo Hucitec. [s.d].

APÊNDICES

APÊNDICE 1 Fotos da Estrutura Física do CAPSad II –leste



Área Externa



Área Externa



Entrada do CAPSad II - leste



Recepção



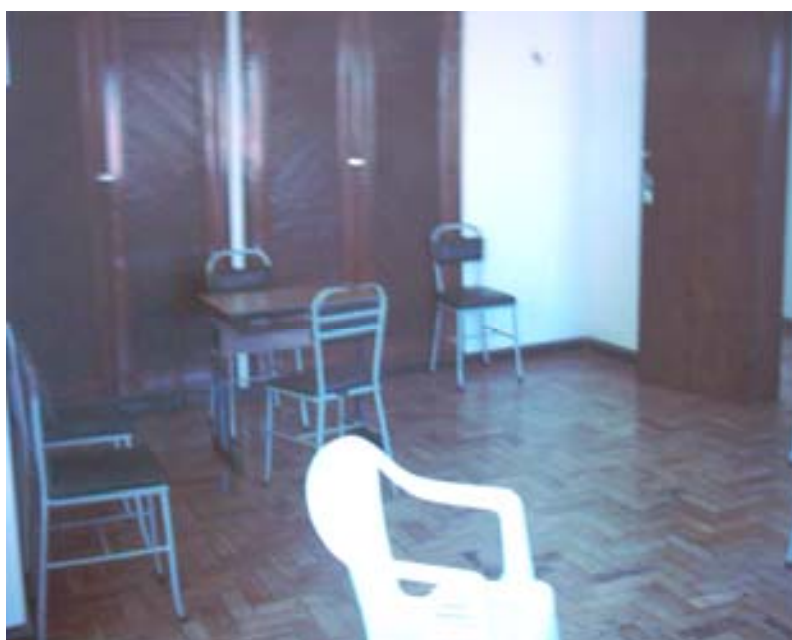
Refeitório



Refeitório 2



Sala de grupo 1



Sala de grupo 2



Sala de repouso



Consultório 1



Consultório 2



Sala de enfermagem



Sala de triagem



Sala médica

APÊNDICE 2

Roteiros de entrevistas

ROTEIRO DE ENTREVISTA (01): USUÁRIO

EIXOS:

1) Verificar o grau de adesão do usuário ao tratamento do CAPSad II leste

a) Como ficou sabendo do tratamento do CAPS?

b) O que o (a) levou a procurar esse tratamento? (explorar situação de vida nesse momento)

c) O que você estava querendo quando procurou o tratamento do CAPS? Pq?

d) Como você avalia a sua motivação (vontade, disponibilidade, interesse) para mudar o seu modo de vida no momento que você procurou o tratamento do CAPS. Por que?

e) Esse nível de motivação (vontade, disponibilidade, interesse) sofreu alguma alteração durante o tempo que você permaneceu no tratamento do CAPS? Em que sentido?

f) A que você atribui essa mudança ou não mudança no seu nível de motivação (vontade, disponibilidade, interesse)

g) De uma forma geral como você avalia o compromisso (envolvimento, implicação, atenção) que você teve com seu tratamento no CAPS. Por que?

- Nº de reincidências. Pq?

- motivo de saídas. Pq?

- duração do tratamento. Pq?

2) Analisar possíveis mudanças na vida do usuário em decorrência do tratamento do CAPSad II leste

a) O tratamento do CAPS possibilitou alguma mudança na sua vida?

b) Que tipo de mudanças ocorreram? Era o que vc esperava? (explorar inserção social e redução de danos)

c) A que você atribui não ter ocorrido nenhum tipo de mudança na sua vida? (confrontar com a situação inicial)

3) Analisar se as prováveis mudanças traduzem a *efetividade* do tratamento do CAPSad II leste

Se houve mudanças:

a) Supondo que você não tivesse passado pelo CAPS, você acha que teria conseguido mudar seu modo de vida? Por que?

Independente de ter havido mudanças

b) houve algum cuidado que você precisou no tratamento do CAPS, mas não recebeu? Qual?

c) Se você estivesse precisando de ajuda novamente, voltaria a procurar o tratamento do CAPS? Porque?

Você recomendaria o tratamento do CAPS para um amigo? Porque?

ROTEIRO DE ENTREVISTA (02): FAMILIARES

vínculo com o usuário: _____

EIXOS:

1) Verificar grau de adesão do usuário ao tratamento do CAPSad II leste

a) Como o(a) usuário(a) ficou sabendo do tratamento do CAPS?

b) O que você acha que levou o(a) usuário (a) a procurar esse tratamento? (explorar situação de vida nesse momento)

c) O que você acha que o(a) usuário(a) estava querendo quando procurou o tratamento do CAPS? Pq?

d) Como você avalia a motivação (vontade, disponibilidade, interesse) do(a) usuário(a) para mudar o seu modo de vida no momento que ele (a) procurou o tratamento do CAPS. Por que?

e) Esse nível de motivação (vontade, disponibilidade, interesse) sofreu alguma alteração durante o tempo que o(a) usuário(a) permaneceu no tratamento do CAPS? Se sim, em que sentido?

A que você atribui essa mudança ou não mudança no nível de motivação (vontade) do(a) usuário(a)?

f) De uma forma geral como você avalia o compromisso (envolvimento, implicação, atenção que o(a) usuário(a) teve com seu tratamento no CAPS. Por que?

- nº de reincidências. Pq?
- motivo de saídas. Pq?
- duração do tratamento. Pq?
- participação da família no grupo de famílias no CAPS. Pq? (explorar apoio familiar)

2) Analisar possíveis mudanças na vida do(a) usuário(a) em decorrência do tratamento do CAPSad II leste

- a) O tratamento do CAPS possibilitou alguma mudança na vida do usuário?
 - b) Que tipo de mudanças ocorreram? Era o que o usuário esperava? Pq? Era o que a família, amigos esperava? Pq?
- A que você atribui não ter ocorrido nenhum tipo de mudança na vida do(a) usuário(a)? (confrontar com a situação inicial)

3) Analisar se as prováveis mudanças traduzem a *efetividade* do tratamento do CAPSad II leste

Se houve mudanças:

- a) Supondo que o(a) usuário não tivesse passado pelo CAPS, você acha que ele(a) teria conseguido mudar seu modo de vida? Por que?

Independente de ter havido mudanças

- b) houve algum cuidado que o usuário precisou no tratamento do CAPS, mas não recebeu? Qual?

- c) Se o(a) usuário(a) estivesse precisando de ajuda novamente, você procuraria o tratamento do CAPS? Porque?

Você recomendaria o tratamento do CAPS para um amigo? Porque?

ROTEIRO DE ENTREVISTA (03): EQUIPE TÉCNICA

Formação: _____ **Tempo no serviço:** _____

EIXOS:

- 1) Verificar grau de adesão do usuário ao tratamento do CAPSad II leste

- a) vocês têm a preocupação de saber como o(a) usuário(a) ficou sabendo do tratamento do CAPS? Por que?
- b) O que leva o(a)s usuários(a) a procurar esse tratamento?
- c) O que você acha que o(a)s usuário(a)s estarão querendo quando procuram o tratamento do CAPS? Pq?
- d) Como você avalia a motivação (vontade, disponibilidade, interesse) do(a)s usuário(a)s para mudar o seu modo de vida no momento que ele (a) procura o tratamento do CAPS? Por que?
- e) O nível de motivação (vontade, disponibilidade, interesse) inicial sofre alguma alteração durante o tratamento no CAPS? Em que sentido?
- f) A que você atribui esse fato?
- g) A equipe busca algum recurso terapêutico para motivar, despertar o usuário para o tratamento? Qual? Pq?
- h) De uma forma geral como você avalia o compromisso que o(as) usuário(a)s têm com seu tratamento no CAPS. Por que?

2) Analisar possíveis mudanças na vida do(a) usuário(a) em decorrência do tratamento do CAPSad II leste

- a) O tratamento do CAPS possibilita alguma mudança na vida do usuário?
- b) Que tipo de mudanças geralmente ocorrem?
A que você atribui não ocorrer nenhum tipo de mudança na vida do(a) usuário(a)?
(confrontar com a situação inicial)

3) Analisar se as prováveis mudanças traduzem a *efetividade* do tratamento do CAPSad II leste

Se houve mudanças:

- a) Supondo que o(a) usuário não tivesse passado pelo CAPS, você acha que ele(a) teria conseguido mudar seu modo de vida? Por que?

Independente de ter havido mudanças

- b) Há algum cuidado que o usuário precisa no tratamento do CAPS, mas não recebe? Qual? Por que não é oferecido?

c) A que você atribui o fato de ter usuário(a)s que já passaram pelo tratamento do CAPS retornar ao serviço?

Você recomendaria o tratamento do CAPS para um parente ou amigo? Porque?

ANEXOS

ANEXO 1 Contrato Terapêutico

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
CAPS AD II – LESTE

CONTRATO TERAPÊUTICO

- 1) A idade mínima para que o usuário dê início ao tratamento no CAPS é de 14 (quatorze) anos.
- 2) O envolvimento familiar ou de pessoas responsáveis, é de uma suma importância para o êxito do tratamento do usuário no CAPS, começando por tomar ciência da existência deste contrato. No caso especial de adolescentes (14 a 17 anos), é **imprescindível** que haja um familiar ou pessoa responsável para acompanhamento neste tratamento.
- 3) Não é permitido que 2 (dois) usuários da mesma família sejam tratados no mesmo turno. Parentes, em turnos diferentes, serão avaliados pela equipe quanto a evolução do tratamento.
- 4) Tratamento de pacientes com parentesco com funcionários do CAPS, à sua permanência no serviço será condicionada a avaliação da equipe.
- 5) As pessoas devem ser chamadas pelo nome. O uso de apelido é desrespeitoso.
- 6) O horário de chegada no CAPS é a partir das 07:30h para os pacientes do turno matutino e dia todo, sendo que o horário para entrada nas dependências da casa será as 08:00h. O horário de chegada dos pacientes da tarde será a partir das 13:00h. Após a entrada no portão, só é permitida a saída ao final do horário. Se sair sem permissão não poderá mais voltar neste dia.
- 7) Só é permitido transitar nas laterais da casa quando houver necessidade durante as atividades e/ou autorização da equipe.
- 8) O café da manhã será das 08:00 as 08:20h
- 9) O usuário em uso de medicação deverá comunicar a equipe entregando a medicação e a receita para que a mesma faça esse monitoramento.
- 10) É obrigatório ao usuário a participação nas atividades desenvolvidas no CAPS.
- 11) São casos de alta administrativa no CAPS: (desligamento por 30 dias)
 - Porte e uso de armas; qualquer objeto que machuque intencionalmente alguém na casa é considerado arma.
 - Porte e uso de drogas; qualquer medicação sem receita medica é considerada droga.
 - Agressão física em qualquer grau.
 - Roubo comprovado.
- 12) São casos de suspensão de tratamento: (afastamento por quinze dias)
 - Ameaça explícita a qualquer pessoa que estiver dentro da casa;
 - Qualquer negociação (troca, venda, etc)

OBS: Doações feitas (sejam para funcionários ou pacientes) deverão ser comunicadas em grupo.

13) É obrigatório o sigilo de todo e qualquer assunto tratado em grupo.

14) O usuário só poderá fazer uso de cigarros nos intervalos das atividades na área da varanda.

15) Em caso de recaída é importante vir ao CAPS – estando sob efeito de drogas ou com hálito alcoólico, será acolhido pelo grupo (se estiver em condições) e pela equipe, e deverá retornar para casa, dando continuidade no dia seguinte ao tratamento.

16) Cada atividade do CAPS, terá a duração de no máximo uma hora, com intervalo de quinze minutos, onde o usuário deverá aguardar na varanda da frente.

17) Existem armários destinados ao abrigo dos pertences dos pacientes que podem ser eventualmente revistados pelos técnicos e guarda municipal sem aviso prévio. Não é permitido a entrada em grupo com qualquer objeto (sacola, pochete, mochila, celular, etc).

18) Não é permitido o uso de celular e óculos escuro na casa.

19) Qualquer ausência no tratamento (atraso, saída, falta, etc) deverá ser discutida com antecedência em G.O. Nos casos de saída por motivo de saúde ou justiça, onde não foi possível agendar com antecedência, comunicar a equipe e agendar posteriormente trazendo comprovante.

20) A pontualidade do usuário é de suma importância, implicando o atraso em qualquer atividade do CAPS na não participação naquela atividade e conseqüente avaliação do usuário no decorrer do tratamento.

21) Fica estabelecido que o tempo mínimo para avaliação de alta médica é de 30 (trinta) dias.

22) Não é permitida a visita aos pacientes.

23) Será considerado abandono do tratamento aquele usuário com 05 (cinco) dias úteis consecutivos de faltas não justificadas.

24) É proibido o uso de roupa sumária e transparente na casa; com exceção de atividades que assim exijam.

25) Todo paciente da casa estará em constante avaliação pela equipe. Qualquer quebra de normas ou comportamento que venha a ser considerado prejudicial ao tratamento pode implicar em advertência, suspensão ou desligamento.

ANEXO 2 Formulário de triagem


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE ATENÇÃO PISCOSSOCIAL
CAPS AD II – LESTE
FORMULÁRIO DE TRIAGEM

Nº da Identidade _____
 Data de Emissão ____/____/____

1. IDENTIFICAÇÃO

- Nome: _____
- Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: _____ Idade: _____
- Como você define sua cor: _____
- Endereço _____ nº _____
- Bairro _____ Fone _____ CEP _____
- Naturalidade: _____ Há quanto tempo reside em Natal? _____
- CPF N°: _____
- Profissão: _____ Função: _____
- Se desempregado, qual a fonte de renda? _____
- Local de Trabalho: _____ Fone: _____
- Escolaridade: _____ Estado civil: _____
- Número de filhos _____
- Com quem reside? _____

- Religião: _____ tem algum conhecido no CAPS? _____
- Encaminhado por quem? _____

- Nome da mãe: _____

2. ENTREVISTA

a) Posição que ocupa na família (n° de filhos da prole, filho mais velho ou mais novo):

b) Quando iniciou o consumo de drogas? (colocar em seqüência as drogas consumidas e a idade durante o consumo): _____

c) o que mais preocupa no momento atual de sua vida? _____

d) Qual o principal motivo que o levou a procurar este serviço ou aceitar o encaminhamento proposto? _____

e) História pessoal e comportamento a nível social:

O que aconteceu durante a escolarização

Relacionar a questão do uso de drogas com problemas ocorridos no emprego ou ocupações

Que habilidades têm? _____

O que gosta de fazer? _____

Se tiver atividade de lazer, quais são? Se não tem porque? _____

Investigar sobre os relacionamentos afetivos (casamentos e outros) _____

Faz prevenção de DST e de natalidade? como? _____

Comportamentos cotidianos relacionados ao uso de drogas (roubo, brigas, outros)

Delitos criminais? Foi apreendido ou preso (se sim, por que?) _____

Mudança de endereço e cidade, por que? _____