

O PERFIL DOS USUÁRIOS DO CAPSAD-BLUMENAU E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL

Jeovane Gomes de Faria e Daniela Ribeiro Schneider
Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil

RESUMO: O momento é emblemático para as políticas públicas em saúde no Brasil, pois os novos modelos de atenção, que rompem com a lógica da psiquiatria tradicional, já estão implementados, mas sua legitimação e consistência teórico-metodológica precisam ainda ser consolidadas na práxis coletiva. Dessa forma, o objetivo deste estudo é estabelecer reflexões sobre as práticas nos novos dispositivos de atenção à saúde, como os CAPS – Álcool e Drogas e sua relação com as políticas realizadas pelo Ministério da Saúde. Sustentado em estudo do tipo exploratório descritivo, baseado na análise de 1122 prontuários do CAPSAd da cidade de Blumenau-SC, nos anos de 2005 e 2007, o presente trabalho traçou o perfil dos usuários desse serviço. Utilizaram-se análises estatísticas univariadas e bivariadas. Estabeleceram-se discussões entre os dados obtidos e as proposições da Reforma Psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: centro de atenção psicossocial, álcool e drogas; saúde mental; reforma psiquiátrica brasileira.

PROFILE OF CAPSAD – BLUMENAU USERS: THE EFFECTIVENESS OF THE PUBLIC POLICIES FOR MENTAL HEALTH

ABSTRACT: We are living an emblematic moment for the public policies for Mental Health in Brazil. This is due to the fact that the legal apparatus and the new models for medical care, which do not follow the hospital centered logic and traditional psychiatry, have already been implemented, although their legitimation and theoretical-methodological consistency still need to be consolidated by the collective praxis. In this context, this article aims at reflecting about the practices adopted in the new health care devices, particularly in the Psychosocial Care Center – Alcohol and Drugs, as well as its relation with the prerogatives of the policies held by the Brazilian Ministry of Health. In this article we present a descriptive exploratory study based on the analysis of data from 1122 medical records from CAPSAd in Blumenau-SC between 2005 and 2007, which contributed to define a profile of the users of this service. Univariate statistical analyses as well as bivariate analyses have been used. Based on the description of this data, we have included discussions comparing the data gathered and the propositions of the Psychiatric Reform.

KEYWORDS: center for psychosocial care; alcohol and drugs; mental health; brazilian psychiatric reform.

Este é um momento desafiador para a consolidação das políticas públicas na área da saúde mental, pois já temos no Brasil, através do Ministério da Saúde, ações e leis que propõem um novo modelo de atenção, decorrentes de décadas de debates, lutas e iniciativas legislativas, contrapondo-se ao modelo clássico da psiquiatria que, com ênfase hospitalocêntrica, promovia o isolamento da loucura e a desqualificação do sujeito com sofrimento psíquico. Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica prevê, entre outras propostas, a desinstitucionalização, com diminuição progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos e a oferta de serviços próximos ao território dos sujeitos, possibilitando a participação de novos agentes no processo de pensar a saúde. Segundo o Relatório de Gestão da Coordenação Geral de Saúde Mental, no final de 2006 havia mais de

1000 Centros de Atenção Psicossocial credenciados pelo Ministério da Saúde, sendo que mais de 50% dos recursos em saúde mental foram direcionados para a rede extra-hospitalar, fato inédito na história da saúde brasileira (Brasil, 2007).

No entanto, como afirma Amarante (2006, p. 35), a política nacional de saúde mental corre muitos riscos, entre os quais reduzir o processo de Reforma Psiquiátrica a uma mera mudança de modelo assistencial. Trata-se de um processo social complexo, no qual é necessária uma reflexão sobre o modelo científico da psiquiatria, que não consegue ver saúde nas pessoas, apenas doenças.

Dessa forma, a consolidação deste novo modelo não é tão simples assim, pois passa pela produção de mudanças na racionalidade sobre os fenômenos de saúde por parte das equipes técnicas, na constituição

de uma nova clínica, chamada de ampliada, pela consolidação de uma articulada rede de atenção à saúde, pelas iniciativas efetivas de promoção à saúde, entre outros aspectos. A práxis coletiva em saúde mental tem de ser constantemente refletida, questionada, sob pena de transformarmos os CAPS em somente mais um equipamento de saúde, que engessa a mudança em um mero dispositivo burocrático.

Desse modo, com o objetivo de estabelecer reflexões sobre as práticas efetivadas nos novos dispositivos de atenção à saúde, no caso específico, os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad), e sua relação com as prerrogativas das políticas implementadas pelo Ministério da Saúde é que se elaborou este artigo. Sustentado em estudo do tipo exploratório descritivo, baseado na análise de dados contidos em 1122 prontuários do CAPSad da cidade de Blumenau-SC, entre os anos de 2005 e 2007, o presente trabalho estabeleceu o perfil dos usuários desse serviço. Foram consideradas as seguintes variáveis: ano de ingresso, sexo, idade, diagnóstico segundo o CID 10, droga de preferência e origem da demanda. Esses prontuários foram preenchidos pelos profissionais responsáveis após cada procedimento. Utilizaram-se análises estatísticas univariadas, como frequências, percentis e médias, bem como análises bivariadas, estabelecendo a correlação entre algumas variáveis. A partir da descrição de tais dados, estabeleceram-se discussões entre os dados obtidos e as proposições da Reforma Psiquiátrica e da Política de Atenção Integral para Usuários de Drogas do Ministério da Saúde. Entre outros aspectos, foi debatida a acessibilidade ao serviço e sua relação com a Rede de Atenção em Saúde da cidade de Blumenau.

A reforma psiquiátrica brasileira e o papel dos CAPS

Torna-se imprescindível, a fim de melhor discutir as mudanças na atenção à saúde mental, compreender sua história *em termos dialéticos*, entendendo como se instalaram as forças contraditórias que constituíram seu saber ao longo da história. Sendo assim, temos como marco inicial a constituição da medicina moderna, com sua crítica à noção medievalista da possessão demoníaca para designar os fenômenos da loucura. Esta antítese tornou-se a tese hegemônica até nossos dias atuais: consolidando-se enquanto disciplina psiquiátrica, sustentada na noção de *doença mental*. Este conceito passou a ser o pilar de sustentação do edifício psiquiátrico, com suas perspectivas teórico-epistemológicas predominantes, que se desdobram nas práticas da internação e em diversas terapêuticas, indo desde o acorrentamento, a aplicação de banhos quentes e frios, passando pela lobotomia, pelos

choques insulínicos e elétricos, até a administração de psicofármacos, a partir dos anos 1950-60.

Nesse mesmo período começaram a florescer as críticas ao modelo da psiquiatria clássica, consolidando-se a antítese enquanto movimento antipsiquiátrico. Os questionamentos começaram pela dimensão epistemológica da psiquiatria e a noção de “doença mental”, considerada por Szasz (1979) como um mito que tem por função “dourar a amarga pílula” dos conflitos sociais, ao atribuir os problemas de relacionamento interpessoal e social a um problema individual, de ordem de disfunções neuroquímicas ou, ainda, de estrutura mental. Laing e Cooper, entre os anos 1950 e 60, na Inglaterra, questionaram a intervenção da clínica psiquiátrica tradicional, estabelecendo uma nova relação e compreensão terapêutica da loucura, aplicando suas proposições inovadoras em uma unidade clínica experimental para jovens psicóticos, conhecida como Pavilhão 21 (Cooper, 1976). Tais autores modificaram a visão acerca das determinantes da loucura ao considerar as implicações das relações familiares na base dos processos de sofrimento psíquico.

Os questionamentos logo se ampliaram para a problemática da internação psiquiátrica, debatendo a desumanização produzida por este tipo de tratamento, que isolou e retirou a voz e a cidadania do louco. Constituíram-se, assim, as iniciativas conhecidas como Reforma Psiquiátrica, implementadas por Franco Basaglia em Gorizia e Trieste na Itália e, a partir desse locus, espalhando-se pelo mundo. O italiano foi o primeiro a colocar em prática a extinção dos hospícios, criando serviços alternativos ao manicômio, construídos em forma de rede de atenção, bem como elaborando novas estratégias para o cuidado com as pessoas em sofrimento mental. Essa nova forma de cuidado permitiu avanços além da mera substituição das instituições totais, construindo os “mais variados dispositivos de caráter social e cultural, que incluíam cooperativas de trabalho, ateliês de arte, centros de cultura e lazer, oficinas de geração de renda, residências assistidas, entre outros” (Amarante, 2006, p. 33).

Ainda que com alguns anos de atraso, a história brasileira dos tratamentos da loucura recebe a influência dos movimentos mundiais, seguindo-lhe a lógica, isto é, afirmação da tese psiquiatrizante a partir do século XIX, sua consolidação enquanto modelo de tratamento hegemônico no início do século XX, em conformidade com o movimento higienista, que previa a limpeza das cidades da “escória social”, produzindo a chamada “psiquiatrização do social”. Também a antítese passa a fazer parte do cenário brasileiro no final dos anos 1970.

Apesar de andar *pari passu* ao movimento sanitarista e compartilhar muitas de suas ideias, o processo de Reforma Psiquiátrica possui uma história própria, inscrita num contexto internacional de mudanças pela

superação da violência asilar e pautada na defesa dos direitos dos usuários de saúde mental. "A Reforma Psiquiátrica é um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos" (Brasil, 2005b). Sendo assim, esse movimento toma corpo tanto nas iniciativas legislativas quanto nas políticas governamentais, além de importantes instituições como as universidades, o mercado dos serviços de saúde, os movimentos sociais e, principalmente, a opinião pública. Ela implica um conjunto de transformações que passam pelas práticas, saberes e valores socioculturais e sociais. Tem implicações também no cotidiano da vida das instituições e dos serviços de saúde. A Reforma Psiquiátrica tem avançado, porém é marcada por um cenário com muitos impasses, tensões, conflitos e desafios.

Como referenciais teóricos e antecedentes, a Reforma Psiquiátrica Brasileira possui vertentes que vão do movimento antipsiquiátrico americano (Thomas Szasz e Erving Goffman) ao movimento europeu (Franco Basaglia na Itália; Michel Foucault, Deleuze e Guattari na França; Ronald Laing e David Cooper na Grã-Bretanha) (Leone, 2000). No entanto, sua maior influência é das análises genealógicas de Foucault e das práticas de desinstitucionalização de Basaglia.

Como principais ferramentas desse processo de reforma tem-se o fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos, o aumento da rede dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das Residências Terapêuticas, que são moradias destinadas às pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas ou não de hospitais psiquiátricos, que perderam o contato com a rede de apoio familiar de origem. O "Programa de volta para casa", dirigido a pacientes asilares, residentes de hospitais psiquiátricos, é outro componente importante da Reforma Psiquiátrica.

Os CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois será a sua consolidação e estruturação como serviços substitutivos ao Hospital Psiquiátrico que permitirá a organização da rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios, dada a função articuladora desses Centros frente aos níveis de atenção em saúde bem como seu papel acolhedor, constituindo-se em uma nova clínica, produtora de autonomia, "convidando o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória de seu tratamento" (Brasil, 2005b).

Os CAPS possuem uma linha de financiamento específica junto ao Ministério da Saúde desde 2002 e são organizados pelas secretarias municipais. São organizados conforme as seguintes denominações e descrições, diferenciando-se pelo porte, clientela atendida e capacidade de atendimento: CAPS I (municípios com

população entre 20.000 e 70.000 habitantes), CAPS II (em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes), CAPS III (municípios com população acima de 200.000 habitantes, atendendo 24 horas/dia, inclusive feriados e finais de semana, com leitos para internações breves), CAPSi II (referência para o atendimento a crianças e adolescentes em uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local) e CAPSad II (referência para o atendimento de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em municípios com população superior a 70.000 habitantes) (Brasil, 2004b).

Com importante papel no cenário da Reforma Psiquiátrica, os CAPS buscam oferecer serviços dentro de uma nova lógica de saúde, constituindo-se como instituições abertas e regionalizadas, formadas por equipes multidisciplinares, ofertando novos tipos de cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico, centrados em diagnóstico situacional (conjunto de condições psicossociais do usuário) - e não somente nos diagnósticos psicopatológicos e medicações -, tendo como meta a reintegração social do usuário.

Os modelos de atenção ao uso abusivo de drogas e a política de atenção integral do Ministério da Saúde

Historicamente, na área da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, reproduziu-se a mesma lógica implementada para as outras psicopatologias: a hegemonia de um modelo psiquiátrico, com todas suas características – hospitalocêntrico, com terapêutica farmacológica predominante, tendo como meta dos tratamentos a abstinência, implicando a desqualificação social do usuário e sustentado na concepção da dependência enquanto "doença crônica, recorrente e incurável". Essa tese acabou por associar-se ao modelo moral, com origem religiosa ou espiritualista, como, por exemplo, o adotado por boa parte dos grupos de autoajuda, que implica a compreensão de que o usuário desviou-se do caminho de vida correto e deve admitir e redimir suas falhas perante um poder superior, o que acaba por levar à culpabilização dos usuários. A síntese realizada entre estes dois modelos (médico e moral) acabou por se tornar hegemônica, tendo sido implantada pela maioria dos serviços de caráter privado ou filantrópico, firmando-se na metade do século XX e sendo, ainda hodiernamente, predominante na área do tratamento à dependência de drogas (Schneider, Spohr, & Leitão, 2006).

Novas formas de atenção à dependência de substâncias psicoativas (SPA) começaram a ser debatidas, junto ao movimento antipsiquiátrico, surgindo a proposta da Redução de Danos, que questiona a noção da

dependência como *doença*, a meta única dos tratamentos como sendo a abstinência, propondo uma concepção mais política do fenômeno, que busca compreender o usuário como cidadão. Sustenta-se na afirmação da problemática do uso abusivo de drogas enquanto uma questão de *saúde pública* e das mais graves, em função dos agravos produzidos, tanto em termos de saúde em geral, como podemos observar no índice de 1,5% do total das mortes no mundo das quais o álcool é fator determinante (Brasil, 2005a), quanto sua correlação com a violência no trânsito, violência urbana, bem como com a problemática do absentismo ao trabalho e reprovação escolar.

Vemos ocorrer na área da atenção à dependência de substâncias psicoativas, portanto, o mesmo embate entre a *tese* e a *antítese*. Sendo assim, mais recentemente, no início do século XXI, começaram a ser formuladas políticas públicas de atenção à problemática, já dentro dos moldes da Reforma Psiquiátrica.

A saúde pública brasileira não vinha se ocupando devidamente com o grave problema da prevenção e tratamento de transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas. Produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência e associações religiosas. A complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado e possibilitou a disseminação em todo o país de ‘alternativas de atenção’ de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência (Brasil, 2005a, p. 40).

Associar usuários de substâncias psicoativas com a criminalidade e práticas ditas antissociais, segundo uma visão tradicional, acabou por promover um modelo de atenção voltado para a exclusão e separação do usuário do convívio social. Por concordância das recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2002, o Ministério da Saúde construiu o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas*, reconhecendo os danos à saúde decorrentes do uso e/ou abuso de SPA e passando a tratar o problema como sendo do âmbito da saúde pública, com políticas específicas, dentro do campo da saúde mental, tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos (Brasil, 2005a).

Como ação efetiva neste processo de reconstrução terapêutica e quebra de paradigmas, a redução de danos aparece como ferramenta efetiva na atuação junto ao usuário de SPA, vista sua capacidade de “reconhecer cada indivíduo em suas singularidades, traçando com ele estratégias que estão voltadas não para abstinência

como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida”, constituindo-se assim como um método, não necessariamente excluindo outras propostas de atuação e diretamente ligado à direção do tratamento, aumentando o grau de liberdade e de corresponsabilidade daquele que está se tratando (Brasil, 2005b, p.44).

Os CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial para Atendimento de Usuários com uso de álcool e outras drogas – são os dispositivos estratégicos da rede de atenção a essa população específica, a serem implantados em regiões metropolitanas e municípios de fronteira, com indicadores epidemiológicos relevantes. Os CAPSad devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2005a).

O Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSad) de Blumenau – SC

Blumenau é o município polo da região metropolitana do Vale do Itajaí (formada por 16 municípios), no Estado de Santa Catarina, com uma população atual de 301.333 habitantes. Foi fundado em 02 de Setembro de 1850 pelo filósofo alemão Hermann Bruno Otto Blumenau e teve uma colonização predominantemente germânica.

A Secretaria de Saúde de Blumenau (SEMUS) é composta em sua rede de atenção em saúde por: 07 ambulatórios gerais, 43 equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) e 04 Unidades Avançadas de Saúde (UAS), disponibilizando ainda de vários serviços de referência: Policlínica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Núcleo Integrado de Apoio ao Fissurado (NIAF) e outros serviços, como Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Vigilâncias sanitária e epidemiológica, Central de Ambulância, Banco de Leite e Laboratório Municipal. A cidade conta ainda com a assistência de 04 hospitais gerais e um 01 hospital especializado em doenças pulmonares.

Com uma Coordenação Municipal vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e atendendo apenas a população residente na cidade, a Saúde Mental em Blumenau é composta por: CAPS II, CAPSi e CAPSad, juntamente com as demais instituições componentes da rede de atenção em saúde, de todos os níveis de complexidade.

Embora cadastrado no Ministério da Saúde em 2002, apenas em 2003 é que foi concluída a formação da equipe do CAPSad – Blumenau, composta inicial-

mente por 01 terapeuta ocupacional, 01 farmacêutica bioquímica, 01 psicóloga, 01 médico psiquiatra, 01 assistente social e 01 enfermeira. Até o 1º semestre de 2004, o CAPSad funcionava na mesma sede do CAPS-II. A inauguração da atual sede foi em 25 de junho de 2004. A equipe atual é composta por: 03 psicólogos, 02 assistentes sociais, 01 terapeuta ocupacional, 01 médico clínico geral, 02 enfermeiras, 02 auxiliares de enfermagem, 02 estagiários administrativos, 02 serventes de serviços gerais e um vigilante de patrimônio.

O CAPSad - Blumenau tem a missão de oferecer o atendimento diário a pessoas que sofrem com transtornos mentais, provocados pelo uso abusivo de álcool e outras drogas, oferecendo cuidados clínicos e reabilitação psicossocial, dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Desenvolve ações que vão desde atendimentos individuais a grupais (terapêuticos e operativos), oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. O serviço tem como objetivo garantir tratamento a pessoas com transtornos comportamentais decorrentes da dependência que apresentam danos físicos, psíquicos e sociais, promovendo o ser humano em toda a sua complexidade, trabalhando a superação do estigma da dependência química e oferecendo uma perspectiva de reflexão, em que a pessoa possa pensar a retomada da cidadania como um processo de reconstrução social e familiar. São objetivos também relevantes: a manutenção da adesão ao tratamento e a reinserção na comunidade. Dessa maneira, o CAPSad busca evitar

internações, garantir direitos sociais e reduzir danos decorrentes do abuso de substâncias psicoativas.

Na estrutura atual são fornecidas até três refeições aos usuários (café da manhã, almoço e café da tarde), conforme a modalidade de atendimento do mesmo (intensivo, semi-intensivo e não-intensivo). Através da Coordenação Municipal de Saúde Mental, os 03 CAPS de Blumenau têm acesso direto para administrar os recursos provenientes da produção de APAC (Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo), financiados pelo SUS. A contrapartida da SEMUS é feita através do pagamento de salários e recursos alimentícios e materiais administrativos.

O acesso ao CAPSad – Blumenau é feito em regime de porta aberta (usuários possuem acesso direto ao serviço, por demanda espontânea), juntamente com os encaminhamentos intersetoriais (rede de atenção em saúde, outras secretarias, Ministério Público etc.), o que facilita e desburocratiza o acesso ao serviço.

Perfil do usuário do CAPSad – Blumenau

Entre os anos de 2005 e 2007 deram entrada no CAPSad de Blumenau, com abertura de prontuários, 1122 usuários. A abertura de prontuário tem tido um aumento constante nos anos analisados neste trabalho, saindo de 276 em 2005 e 378 em 2006 para 468 em 2007 (Tabela 1), o que indica um incremento na acessibilidade ao serviço.

Tabela 1
Entrada no Serviço - Sexo X Idade X Ano

SEXO	IDADE (ANOS)	2005 (%)	2006 (%)	2007 (%)	TOTAL (%)
MASCULINO	18-24	40 (3,56)	95 (8,47)	100 (8,91)	235 (20,94)
	25-34	72 (6,42)	105 (9,35)	131 (11,68)	308 (27,45)
	>34	127 (11,32)	148 (13,19)	171 (15,24)	446 (39,75)
FEMININO	18-24	6 (0,53)	7 (0,62)	18 (1,61)	31 (2,76)
	25-34	9 (0,80)	11 (0,98)	21 (1,88)	41 (3,66)
	>34	22 (1,97)	12 (1,08)	27 (2,39)	61 (5,44)
TOTAL		276 (24,60)	378 (33,69)	468 (41,71)	1122 (100)

Desses usuários, 989 (88,15%) eram do sexo masculino e 133 (11,85%) do sexo feminino. A proporção entre homens e mulheres também tem se mantido constante, inclusive quando se faz a análise por faixa etária (Tabela 1). É interessante notar que esses

dados do CAPSad são diferentes dos CAPS II e III, especializados em egressos de hospitais psiquiátricos e portadores de transtornos mentais graves, onde o predomínio é de mulheres, girando na faixa dos 60%, sendo os homens presentes em 40% (Andreoli, 2004;

Pelisolí & Moreira, 2005; Tomasi et al., 2008). Por outro lado, os dados referentes aos tratamentos específicos para usuários de drogas, como se pode verificar em outras pesquisas brasileiras, são semelhantes aos encontrados no CAPSad-Blumenau, onde ocorre um acentuado predomínio do sexo masculino (Ferreira Filho, Churchita, Laranjeira, & Castelo, 2003; Marinho, 2004; Passos & Camacho, 1998; Schneider et al, 2006), além dos dados do próprio Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), apresentados no II Levantamento Domiciliar Brasileiro sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (Carlini et al., 2006). Esse levantamento demonstrou que 5,1% da população masculina da Região Sul recebeu algum tipo de tratamento para a problemática, em relação a somente 2,0% da população feminina. É importante notar, ainda, que os índices da pesquisa sobre a dependência somente de álcool são significativamente mais prevalentes entre os homens (14,9%) do que em relação às mulheres (4,6%) no Sul do Brasil. Dessa forma, ressalta-se que a população masculina é a mais atingida pelo problema da dependência de drogas, levando à conseqüente procura de tratamento. Sabe-se, no entanto, que questões culturais, baseadas em preconceitos, têm sido constatadas no decorrer das atividades de atendimento ao usuário de drogas, principalmente em relação à mulher, o que pode ajudar a compreender a significativa diferença numérica no total de usuários.

Levantar dados epidemiológicos acerca dos tipos de drogas psicotrópicas mais utilizadas constitui-se em tarefa bastante complexa, principalmente quando se busca identificar danos, pois boa parte dos usuários faz uso de mais de uma substância, principalmente nos casos em que já existe a dependência instalada. Sendo assim, neste levantamento foi considerada a substância a qual o usuário trouxe como queixa principal de seus danos biopsicossociais, no momento do acolhimento no serviço.

Nesse contexto faz-se importante relatar que o tabaco, presença significativa entre os usuários, não aparece em nenhum dos prontuários como queixa principal.

O usuário do CAPSad – Blumenau tem maior incidência de problemas decorrentes do uso e abuso de álcool. No total, verificou-se 498 (44,37%) são usuários exclusivamente desta substância, sendo que o uso cruzado de álcool com outras drogas totalizou mais 264 (23,52%) pessoas, somando 762 (67,89%) usuários que fazem uso abusivo de álcool. Estes dados estão de acordo com os do CEBRID (Carlini et al., 2006), que demonstram que o maior índice de dependência é mesmo a do álcool (9% da população sulista), com exceção apenas para o tabaco (10,7%). É significativa também a presença de usuários no CAPSad Blumenau com uso cruzado de substâncias: 438 pessoas (39,02%) relataram complicações devido ao uso de múltiplas drogas (Tabela 2).

Tabela 2
Substância Psicoativa (SPA) X Idade X Sexo

SEXO	IDADE (ANOS)	Álcool (%)	Canabioides (%)	Cocaína (%)	Múltiplas SPA (%)	TOTAL (%)
MASCULINO	18-24	14 (1,24)	12 (1,08)	55 (4,90)	154 (13,72)	235 (20,94)
	25-34	83 (7,40)	6 (0,53)	61 (5,44)	158 (14,08)	308 (27,45)
	>34	345 (30,74)	4 (0,36)	15 (1,34)	82 (7,31)	446 (39,75)
FEMININO	18-24	2 (0,18)	1 (0,09)	8 (0,71)	20 (1,78)	31 (2,76)
	25-34	6 (0,53)	3 (0,28)	18 (1,61)	14 (1,24)	41 (3,66)
	>34	48 (4,28)	1 (0,09)	2 (0,18)	10 (0,89)	61 (5,44)
TOTAL		498 (44,37)	27 (2,43)	159 (14,18)	438 (39,02)	1122 (100)

Ao realizar o cruzamento dos dados, a idade parece ser uma variável significativa quanto ao tipo de droga utilizada, em ambos os sexos. O alcoolismo aumenta

consideravelmente conforme aumenta a idade, enquanto o uso cruzado com as demais drogas percorre um caminho inverso, com maior incidência entre os mais jovens (Ta-

bela 2). Não se percebe diferença significativa no número de usuários que usam múltiplas substâncias entre as faixas

etárias de 18-24 anos e 25-34 anos, com 174 (15,51%) e 172 (15,33%) usuários respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3
Substância Psicoativa (SPA) X Idade

IDADE (ANOS)	Álcool	Canabioides	Cocaína	Múltiplas SPA	TOTAL
18-24	16 (1,43)	13 (1,16)	63 (5,61)	174 (15,51)	266 (23,71)
25-34	89 (7,93)	9 (0,80)	79 (7,04)	172 (15,33)	349 (31,1)
>34	393 (35,03)	5 (0,45)	17 (1,51)	92 (8,20)	507 (45,19)
Total	498 (44,38)	27 (2,42)	159 (14,17)	438 (39,03)	1122 (100)

Quanto aos usuários que trouxeram como queixa o uso abusivo de múltiplas SPA, temos a predominância das combinações envolvendo álcool, canabioides (THC) e cocaína, incluindo o crack, com 32,20% do uso cruzado. A combinação de drogas depressivas do sistema nervoso

central tem sido constantemente citada por usuários como forma de conter a "fissura" para usar o crack, sendo a combinação canabioides e cocaína de maior incidência, aparecendo no acolhimento de 145 (33,10%) dos 438 usuários de múltiplas substâncias (Tabela 4).

Tabela 4
Uso de Múltiplas SPA X Sexo

SEXO	ALCOOL + COCAINA	ALCOOL + THC	ALCOOL + COCAINA + THC	THC + COCAINA	OUTROS*	TOTAL
MASC.	80 (18,25)	32 (7,31)	127 (29,00)	129 (29,45)	26 (5,94)	394 (89,95)
FEM.	7 (1,61)	4 (0,91)	14 (3,20)	16 (3,65)	3 (0,68)	44 (10,05)
TOTAL	87 (19,86)	36 (8,22)	141 (32,20)	145 (33,10)	29 (6,62)	438 (100)

* LSD, ecstasy, heroína, anfetaminas, ansiolíticos, cogumelo, injetáveis e inalantes.

Inserção do Capsad - Blumenau na rede de saúde mental

A Reforma Psiquiátrica foi concebida dentro dos parâmetros da Reforma Sanitária e, portanto, estabelecida a partir dos princípios do SUS. Sendo assim, a articulação do CAPS com a rede básica de saúde é fundamental para a implementação do verdadeiro sentido da Reforma, que implica ações em saúde baseadas na hierarquização dos graus de complexidade das intervenções, visando a oferecer ao usuário uma saúde integral, em seu território. Sendo assim, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b, p. 25) preconiza que

os CAPS devem buscar uma integração permanente com as equipes da rede básica de saúde em seu território, pois têm um papel fundamental no acompanhamento, na capacitação e no apoio para o trabalho dessas equipes com as pessoas com transtornos mentais.

Por isso mesmo, é necessário estabelecer o chamado apoio matricial, que "é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos".

Os dados sobre o encaminhamento dos usuários para o CAPSad - Blumenau indicam uma significativa predominância na entrada no serviço via demanda espontânea, com 578 usuários (51,49%). Essa tendência fica mais evidente quando se analisa a evolução no decorrer dos anos, com 142 prontuários em 2005, 175 em 2006 e 261 em 2007 (Tabela 5). Percebe-se, assim, uma maior inserção do CAPSad dentro da sociedade, que por sua vez demonstra maior conhecimento do serviço como estratégia de intervenção acessível e direta. Em contrapartida, a interlocução com a rede tem sido uma variável que levanta um desafio aos profissionais envolvidos, pois embora tenhamos um número significativo de prontuários

abertos via encaminhamentos da rede de Atenção Básica e Serviços de Média Complexidade (146 - 13,01% e 121 - 10,78% respectivamente), em ambos os casos ocorreram diminuições de encaminhamento no ano de 2007 em relação ao ano anterior (Tabela 5), embora a abertura de novos prontuários tenha apresentado significativo aumento no mesmo período. Os encaminhamentos dos hospitais tiveram pequeno aumento, totalizando 57 (5,08%) dos usuários acolhidos no período considerado neste trabalho. A interlocução com outras secretarias é

um dado importante, com 129 (11,50%) dos encaminhamentos, principalmente quando comparado às referências dentro da própria secretaria de saúde. Os dados do presente trabalho divergem dos resultados apresentados em um estudo na cidade de Sobral - CE no período de setembro/2002 e agosto/2003 com 300 usuários, em que 41,4 % dos usuários foram encaminhados por hospitais e 30,7% por Profissionais da Saúde da Família (PSF), com a demanda espontânea sendo responsável por apenas 9,6% do total analisado (Marinho, 2004).

Tabela 5
Origem dos encaminhamentos ao Serviço X Ano

	2005	2006	2007	TOTAL
Atenção Básica (PSF)	40 (3,57)	60 (5,35)	46 (4,09)	146 (13,01)
Média Complexidade (Ambulatório Geral, UAS Policlínica e Hospital Dia)	43 (3,83)	42 (3,74)	36 (3,21)	121 (10,78)
Alta Complexidade (Hospitais)	16 (1,43)	14 (1,25)	27 (2,40)	57 (5,08)
Serviços Complementares (Convênios, Serviços Particulares e Empresas)	6 (0,53)	11 (0,98)	15 (1,37)	32 (2,88)
Outros CAPS	4 (0,36)	9 (0,80)	22 (1,96)	35 (3,12)
Demanda Espontânea	142 (12,65)	175 (15,59)	261 (23,25)	578 (51,49)
Outras Secretarias e Entidades de Controle Social *	21 (1,87)	57 (5,08)	51 (4,55)	129 (11,50)
Outros **	4 (0,36)	10 (0,89)	10 (0,89)	24 (2,14)
TOTAL	276 (24,60)	378 (33,68)	468 (41,72)	1122 (100)

* Secretaria Municipal de Assistência Social e da Criança e do Adolescente (SEMASCRI), Conselho Tutelar e Conselho Municipal de Entorpecentes (COMEN).

** Ministério Público, Poder Judiciário, Universidade, Comunidades Terapêuticas e Lares de Idosos.

O índice significativo de usuários entrando no serviço por demanda espontânea vai de acordo com alguns dos princípios básicos da Reforma Psiquiátrica, tendo na concepção *porta aberta* “uma diretriz central dos serviços territoriais e um dos princípios que compõe a estratégia de produção de saúde mental comunitária, coletiva e territorial” (Gastão & Campos, 2005).

Os dados demonstram uma articulação importante do serviço com as redes de atenção e com a sociedade, mas torna-se necessário aperfeiçoar esse processo, principalmente visando atender a demanda das comorbidades trazidas pelos usuários, requerendo que o CAPSad entre em contato com o serviço de referência regional (PSF, Ambulatório e/ou Unidade Avançada de Saúde)

para os usuários que procuraram tratamento de forma espontânea. Muitos usuários do serviço apresentam sorologias positivas para doenças infectocontagiosas (inclusive Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST), feridas abertas com dificuldade de cicatrização, dentre outros problemas de saúde, que necessitam de cuidados específicos e constantes e, muitas vezes, o CAPSad é o único serviço ao qual procuram por assistência, apesar de não possuir o aparato técnico e profissional para muitos desses cuidados, tornando imprescindível o encaminhamento do usuário para atendimento em conjunto com as demais estratégias de atenção em saúde. O raciocínio é o mesmo para as demais secretarias e órgãos públicos, pois muitos usuários possuem

complicações sociais e profissionais severas, que necessitam de orientações, inclusive judiciais em alguns casos. Mas a principal necessidade desta interlocução entre os setores está na acessibilidade do usuário na rede de cuidados preventivos à saúde, na promoção de maior qualidade de vida e no atendimento humanizado. Percebe-se, assim, a necessidade de melhor utilização dessa demanda espontânea, pois a proposição da *porta aberta* requer uma nova forma de organização do serviço e de estilo do trabalho da equipe que propicie discussão aberta de conflitos, flexibilidade institucional, invenção compartilhada de projetos e, sobretudo, a construção da equipe como coletivo, potencializando seus recursos e suas possibilidades de produzir a *porta aberta* (Gastão & Campos, 2005). Em outras palavras, o funcionamento em esquema de livre acesso, baseado no conceito de *porta aberta*, é um grande aliado do processo de construção da clínica ampliada e do novo modelo de atenção humanizada em saúde mental, mas somente terá resultados satisfatórios no momento em que houver cumplicidade da equipe e maior interlocução com a rede de atenção.

Considerações finais

Os CAPSad têm o desafio de ser um dos principais mecanismos na consolidação das políticas de atenção ao usuário de drogas dentro das prerrogativas da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, o estudo de como estão sendo realizadas as ações em saúde destes serviços, bem como o perfil do seu usuário, é de crucial importância para a avaliação de sua efetividade.

O usuário do CAPSad - Blumenau segue, em seus traços gerais, o perfil descrito de pacientes em tratamento para dependência de drogas em outras pesquisas nacionais, referendadas por pesquisas internacionais. Traçar esse perfil é necessário para o conhecimento da realidade do atendimento à problemática na cidade estudada.

Com predominância de usuários do sexo masculino, maiores de 34 anos e dependentes de álcool (67,89%), a situação do CAPSad em Blumenau corrobora com dados nacionais e internacionais, demonstrando que as drogas lícitas – também nesta região – são as que verdadeiramente causam maior impacto na saúde pública e estão presentes nos principais agravos relacionados ao uso de drogas.

Pode-se destacar, comparando os dados a outros estudos que avaliam tipos de serviço de atenção à dependência (Schneider, Spohr, & Leitão, 2006), que os usuários do CAPSad estão inseridos numa rede de serviços de saúde e, mesmo quando procuram o serviço em demanda espontânea, ganham a condição de inclusão na rede, o que implica uma intervenção de maneira mais integral na saúde do usuário, ao contrário da lógica de serviços isolados,

cujas metas, em geral, é a redução da demanda por drogas, e não a saúde integral do usuário. Eis aí a importância do CAPSad e sua inter-relação com a rede SUS.

Este trabalho, porém, tem suas limitações por se apoiar, predominantemente, nos dados dos prontuários. Percebe-se a necessidade de outras pesquisas, de caráter qualitativo, para que se possa verificar e discutir os modelos de atenção desenvolvidos pelas equipes multiprofissionais dos CAPS e o seu horizonte de racionalidade técnica. Tais pesquisas podem contribuir para avaliar a concretização da "política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas" e sua lógica de redução de danos, cuja exigência está na transformação dos modelos clássicos de tratamento à dependência. A partir dos dados do presente trabalho, em consonância com outros trabalhos, fazemos a seguinte questão: temos conseguido consolidar uma síntese visando a superar as contradições teórico-práticas existentes na área da atenção ao uso abusivo de SPA, no conjunto das ações em saúde mental?

Referências bibliográficas

- Amarante P. (1997). Loucura, cultura e subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira. In S. Fleury (Org.), *Saúde e democracia: a luta do CEBES* (pp. 163-185). São Paulo: Lemos Editorial.
- Amarante, P. (2006). Rumo ao fim dos manicômios. *Revista Mente & Cérebro*, 164, 30-35.
- Andreoli, S. (2004). Utilização dos centros de atenção psicossocial (CAPS) na cidade de Santos, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 20(3), 836-844.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). *Legislação em saúde mental: 1990-2004* (5ª ed. ampl.). Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004b). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2005a). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. (2005b). *Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF: Autor.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. (2007). *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Brasília, DF: Autor.
- Carlini, E. et al. (2006). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Cooper, D. (1976). *Psiquiatria e anti-psiquiatria*. São Paulo: Perspectiva.
- Ferreira Filho, O., Churchita, M., Laranjeira, R., & Castelo, A. (2003). Perfil sócio-demográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Saúde Pública*,

- 37(6), 751-9 759. Acesso em 10 de abril, 2006, em <http://www.fsp.usp.br/rsp>
- Gastão, F. N. & Campos, G. W. S. (2005, janeiro/abril). Instituições “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitário-territorial. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, 16(1), 40-46.
- Leone, E. B. (2000). Balanço da produção acadêmica brasileira no campo da saúde mental – 1990/1997. *Revista de Ciências Humanas* (Edição Especial Temática – Saúde Mental: uma perspectiva crítica), 121-151.
- Marinho, J. R. M. (2004). *Caracterização dos casos atendidos no CAPSad em seu primeiro ano de funcionamento, Sobral – CE*, setembro de 2002 a agosto de 2003. Monografia, Curso de Residência em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia – EFSVS, Sobral, CE.
- Passos, S. & Camacho, L. (1998). Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. *Saúde Pública*, 32(1), 64-71. Acesso em 02 de maio, 2006, em <http://www.scielo.br/scielo.php>
- Pelicoli, C. & Moreira, A. (2005, setembro/dezembro). Caracterização epidemiológica dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Rev. Psiquiatria RS*, 27(3), 270-277.
- Tomasi, E. et al. (2008). *Os CAPS e os cuidados psicossociais: cenários e possibilidades na evolução dos portadores de sofrimento psíquico em Pelotas-RS*. Relatório Final. Pelotas: UFPel.
- Schneider, D., Spohr, B., & Leitão, C. (2006). Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis. *Revista de Ciências Humanas*, 39, 219 – 236.
- Schneider, D. et al. (2006). Perfil dos usuários de drogas que utilizam os serviços de atenção à dependência de substâncias psicoativas na Grande Florianópolis. In *Anais do Congresso da ABEAD*, 18 [CD-ROM]. Santos: ABEAD.
- Szasz, T. (1979). *O Mito da doença mental*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Jeovane Gomes de Faria é Psicólogo, Especialista em Atenção Psicossocial em Saúde Mental (FURB/SC) e Psicologia da Saúde (FAMERP/SP), Mestrando do PPG em Psicologia da UFSC, Servidor do Programa de Atenção em Saúde Mental para Usuários de Álcool e outras Drogas da Prefeitura Municipal de Jaraguá do Sul - SC. Endereço para correspondência: Rua Ângelo Torinelli, 78, ap. 302, bl C, Vila Nova. Jaraguá do Sul - SC. CEP: 89259-200. E-mail: psijeo@yahoo.com.br
- Daniela Ribeiro Schneider é Psicóloga, Mestre em Educação (UFSC), Doutora. em Psicologia Clínica (PUC/SP), Professora do Departamento de Psicologia da UFSC. Endereço para correspondência: Rua Padre Lourenço R. de Andrade, 650. Santo Antônio de Lisboa. Florianópolis – SC. CEP: 88050-400. E-mail: danis@cfh.ufsc.br

Perfil dos usuários do CAPSad – Blumenau e as políticas públicas em saúde mental

Jeovane Gomes de Faria e Daniela Ribeiro Schneider

Recebido em: 24/06/2008

Revisão em: 17/04/2009

Aceite final em: 20/05/2009