

MONIQUE MARQUES MANFRÊ

**CAMINHOS DE UMA REDE:
o percurso do usuário de álcool e outras drogas**

ASSIS

2015

MONIQUE MARQUES MANFRÊ

**CAMINHOS DE UMA REDE:
o percurso do usuário de álcool e outras drogas**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis -UNESP- Universidade Estadual Paulista para a obtenção do título de Mestra em Psicologia (Área de conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Dr. Silvio Yasui

ASSIS

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

M276c Manfrê, Monique Marques
Caminhos de uma rede: o percurso do usuário de álcool e
outras drogas / Monique Marques Manfrê. – Assis, 2015
94 f. : il.

Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências e Letras
de Assis - Universidade Estadual Paulista
Orientador: Dr. Silvio Yasui

1. Usuários de drogas. 2. Toxicomania. 3. Serviços de
saúde 4. Serviços de saúde mental. 5. Centro de Atenção
Psicossocial. I. Título.

CDD 157.61
362.2

FOLHA DE APROVAÇÃO

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida.

Agradeço a meu orientador, Silvio Yasui, pela oportunidade. Por amar o que faz e conseguir tornar isso transparente. E, acima de tudo, pela valiosa contribuição na elaboração desta dissertação.

À banca de qualificação e defesa, Cristina Amélia Luzio e Ricardo Sparapan Pena, pela leitura atenta e apontamentos que contribuíram para a concretização desta dissertação.

A meus pais e ao meu irmão pelo apoio constante e incentivo. Obrigada por tudo!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES) pelo seu financiamento.

Aos funcionários da Seção de Pós Graduação por toda atenção e auxílio prestado.

Aos participantes desta pesquisa por compartilharem generosamente suas histórias, seus percursos e conhecimento.

Aos amigos do mestrado pela oportunidade de aprendizagem compartilhada.

A Ana Clara, Cledione, Julia e William com quem compartilhei bons momentos de estudo e também de muita alegria.

Aos amigos do grupo de orientação, Clayton, Gilson, Julia, Juliana, Lívia, Paula e à Prof. Beth Lima por compartilharem ideias que auxiliaram no desenvolvimento desta dissertação.

A Barbara Sinibaldi, pelas longas conversas, diversão e por me acolher em sua casa desde a época do Aprimoramento.

A Adriana, Aguinaldo, Irene, Luiza, João, Natalia, Nilda, Renata e Waldir pela torcida.

A Alfredo Menotti Colucci pela valiosa contribuição.

A Simone Alves Cotrin Moreira pela atenção.

A todos os professores que passaram pela minha formação.

Aos professores do mestrado pelo aprendizado desenvolvido em suas disciplinas.

Aos amigos, de longe ou perto, por fazerem parte da minha vida.

MANFRÊ, M.M. **Caminhos de uma rede: o percurso do usuário de álcool e outras drogas.** 2015. 94f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis, 2015.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo conhecer os itinerários terapêuticos dos usuários de álcool e outras drogas de um município de grande porte no Estado de São Paulo e investigar a percepção dos gestores e trabalhadores da saúde sobre a rede de atenção à saúde ao usuário de álcool e outras drogas e identificar quais os serviços que compõem essa rede. Foi realizada uma pesquisa de campo, de outubro de 2013 a março de 2014, em um centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad), Hospital Psiquiátrico, Atenção Básica (AB) e Direção Regional de saúde (DRS). Os sujeitos da pesquisa foram quatro usuários de álcool e outras drogas, três trabalhadores da saúde e três gestores. Foi utilizado, como instrumento de coleta de dados, o roteiro de entrevista aberta para que os participantes pudessem produzir as narrativas. Os resultados mostram que o itinerário terapêutico dos participantes é plural, contemplando o cuidado informal dos familiares, a crença religiosa e os cuidados profissionais, não se restringindo somente às instituições de saúde mental. Os sujeitos tendem a recorrer simultaneamente a diversos lugares em busca do cuidado. Verificou-se que os usuários circulam em uma rede de cuidados pouco articulada, que reflete diretamente no itinerário terapêutico deles, fixando-os em determinados serviços. Concluímos que a rede ao usuário, muitas vezes, é compreendida somente como serviços especializados, como o CAPSad e lugares para internação. Frente aos resultados, destaca-se a necessidade de aprimorar a atenção ao usuário de álcool e outras drogas por meio de uma rede de atenção à saúde articulada e que atue na lógica da atenção psicossocial

Palavras-chave: Usuários de drogas. Toxicomania. Serviços de saúde. Serviços de saúde mental. Centro de Atenção Psicossocial.

MANFRÊ, M.M. **Paths of a network: the user path of alcohol and other drugs**. 2015. 94f. Dissertation (Master's Degree in Psychology). - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Assis, 2015.

ABSTRACT

This study aimed to assess the therapeutic itineraries of users of alcohol and other drugs from a large city in the state of São Paulo and investigate the perception of managers and health workers on the network of health care to the user of alcohol and other drugs and identify which services make this network. A field survey was held from October 2013 to March 2014 in a center of Psychosocial Care alcohol and drugs (CAPSad), Psychiatric Hospital, Primary Care (AB) and Regional Health Directorate (DRS). Survey subjects were four users of alcohol and other drugs, three health workers and three managers. Was used as data collection instrument the interview script opened to the subjects to produce narratives. The results showed that the therapeutic path of participants is plural, contemplating the informal care of family, religious beliefs and professional care, not limited mental health institutions only. The subjects tend to resort simultaneously to several places in search of care. However users circulating in a network of little articulated care, which directly reflects the therapeutic itinerary of these users, fixing them in certain services. We conclude that the network to the user, it is often understood only as specialized services such as CAPSad and places to hospital. Based on the results stands out the need to improve the attention to the user of alcohol and other drugs; through a network of articulated attention to health and that they act in the logic of psychosocial care.

Keyword. Drug users. Toxicomania. Health care. Health services. Mental health services. Psychosocial Attention Center.

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AA - Alcoólicos Anônimos

ABORDA - Associação Brasileira de Redutores de Danos

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas

CT - Comunidade Terapêutica

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi)

Centro POP - Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua

DRS - Direção Regional de Saúde

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

DSM IV - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV

HC - Hospital das Clínicas

IT - Itinerário Terapêutico

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NA - Narcóticos Anônimos

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

PA - Pronto Atendimento

PPHM - Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RD - Redução de Danos

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

USF - Unidades de Saúde da Família

LISTA DE ANEXOS

Categoria Temática

Anexo A	Gestores Municipais.....	92
Anexo B	Trabalhadores da saúde.....	93
Anexo C	Usuários do serviço de saúde mental.....	94

LISTA DE TABELA

Tabela I	Caracterização dos participantes.....	58
----------	---------------------------------------	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
------------------------	-----------

CAPÍTULO 1

Uma breve história do consumo de álcool e outras drogas e a instauração do proibicionismo

1.1 O consumo de álcool e outras drogas.....	16
1.2 Drogas e dependência.....	21
1.3 As drogas e o paradigma proibicionista.....	22

CAPÍTULO 2

Práticas de atenção ao usuário de álcool e outras drogas: do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador à Atenção Psicossocial

2.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira: breve histórico.....	30
2.2 O campo de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador à atenção psicossocial.....	31
2.3 Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e Comunidades Terapêuticas como forma de tratamento para o uso de álcool e outras drogas.....	34
2.4 As internações.....	37

CAPÍTULO 3

Política de atenção integral do Ministério da Saúde e a rede de atenção à saúde ao usuário de álcool e outras drogas

3.1 Ministério da saúde e a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.....	41
3.2 Redes de atenção à saúde.....	44
3.3 Redes de atenção à saúde para o usuário de álcool e outras drogas.....	47

CAPÍTULO 4

A Pesquisa

4.1 Tipo de estudo.....	50
-------------------------	----

4.2 Características do município e o formato de sua rede de atenção à saúde.....	52
4.3 Antecedentes do atendimento em saúde mental no município.....	54
4.4 Local do estudo.....	56
4.5 Participantes do estudo, procedimento e instrumento de coleta de dados.....	58
4.6 Aspectos Éticos.....	59

CAPÍTULO 5

Apresentação dos dados

5.1 Análise dos dados.....	62
5.2 Resultados e discussões.....	62
5.3 Refletindo sobre os itinerários.....	72
5.4 A rede, considerando o encaminhamento e a articulação entre os serviços.....	74

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
----------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS.....	82
-------------------------	-----------

ANEXO.....	92
-------------------	-----------

INTRODUÇÃO

A semente para a elaboração da presente pesquisa surgiu da reflexão sobre as atividades realizadas no aprimoramento e em rodas de conversas com os profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre saúde mental, atenção psicossocial e questões relacionadas ao uso de drogas.

À época do aprimoramento, no ano de 2010, surgiu a ideia de realizar um fórum de saúde mental em um dos Colegiados Gestores Regionais¹ da Direção Regional de Saúde de Marília (DRS IX- Marília). O fórum foi organizado com a ajuda dos supervisores e colegas do aprimoramento, da DRS e com os profissionais dos municípios por meio de rodas de conversa que ocorriam mensalmente, de forma itinerante.

A Roda aparece como importante diretriz para a construção de novas formas de produzir saúde e possibilita a participação democrática. Nesse sentido, o Método da Roda, ou Paidéia, propõe a criação de espaços coletivos para que tanto os usuários como os profissionais da saúde possam interagir e elencar os problemas prioritários a serem enfrentados, além de promover a ampliação da capacidade de analisar e intervir dessas pessoas sobre o processo de saúde (CAMPOS, 2006).

Em muitas das rodas de conversas de que participei durante quase um ano, o uso de drogas era, na maioria das vezes, citado como um problema e os profissionais reconheciam sentirem-se despreparados para lidar com os usuários.

Essas rodas de conversa ocorriam em municípios de pequeno porte que contavam com a Atenção Básica, porém em nenhum havia Centro de Atenção Psicossocial- CAPS na rede de serviços, fato visto pelos profissionais como um grande empecilho para realizar ações efetivas. A internação era citada como única alternativa de tratamento.

Mesmo em alguns municípios de médio e grande porte que possuíam CAPS em sua rede, era grande o número de internações. Algumas questões, então, passaram a preocupar-me. Para onde esses usuários vão quando saem dessas internações: vão para o CAPS? Para a atenção básica? E os usuários que nunca foram internados, qual a rede que eles percorrem? Para respondê-las, delineou-se esta pesquisa com os seguintes objetivos:

Objetivo Geral

¹ Atualmente denominadas de Comissão Intergestores Regionais (CIR). A nova nomenclatura foi dada a partir da publicação do Decreto Presidencial nº 7508 de 28 de junho de 2011.

- Traçar o itinerário terapêutico do usuário de álcool e outras drogas na rede de atenção à saúde de um município de grande porte no Estado de São Paulo para mapear o processo de constituição dessa rede.

Objetivos Específicos

- Levantar o estado da arte sobre a produção bibliográfica referente ao uso de álcool e outras drogas.
- Identificar os serviços que compõem a rede de atenção à saúde ao usuário de álcool e outras drogas em um município de grande porte no Estado de São Paulo.
- Conhecer o itinerário terapêutico (IT) dos usuários de álcool e outras drogas na busca por cuidado, por meio das narrativas elaboradas a partir das entrevistas.
- Conhecer, por meio das narrativas elaboradas a partir das entrevistas com os trabalhadores e gestores, suas percepções sobre a rede de atenção.

Os usuários foram convidados a narrar seu itinerário a partir das entrevistas realizadas. Os gestores e trabalhadores da saúde também foram convidados a caracterizar e descrever a rede por se entender a importância da inserção desses profissionais no estudo, tendo em vista suas percepções sobre a rede de atenção.

O itinerário terapêutico proporciona o reconhecimento da multiplicidade de caminhos que podem ser percorridos pelos usuários de álcool e outras drogas na escolha do tratamento, desvendando o que o eles têm a comunicar e transmitir sobre suas experiências.

Na busca pela solução de seus problemas de saúde, vários são esses caminhos. Cria-se uma rede de relações constituída por serviços de saúde, família e religião, entre outros aspectos/afetos e conexões, nos mais diversos contextos socioculturais, em que se buscam as mais diferentes formas de cuidado.

Entre os inúmeros desafios que o uso das drogas apresenta, está a ampliação da rede de atenção em saúde mental, voltada a essa população e de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma a garantir o atendimento integral e de qualidade, rompendo radicalmente com o modelo centrado na lógica hospitalocêntrica medicalizadora.

Outra questão importante a destacar é que, na maioria das vezes, quando se fala em drogas, a primeira associação feita ao tema é com as consideradas ilícitas, como o crack, maconha, cocaína. Difícilmente o tabaco e o álcool são lembrados como drogas. Muitas vezes há, equivocadamente, a percepção de que as drogas consideradas ilícitas são aquelas que

produzem uma rápida degradação do usuário, fato este constantemente apresentado nos meios de comunicação. Para BUCHER, 1992; KAPPANN, 2011; KARAM, 2013, caracterizar as drogas em licitas e ilícitas não é o mais importante. Importa, sim, o tipo de uso que se faz delas, pois nem todos que utilizam as drogas tornam-se dependentes.

Nessa perspectiva, partimos do pressuposto de que é impossível compreender a questão das drogas sem situá-la historicamente, já que as drogas são usadas desde a origem da humanidade. Sabe-se que a experiência do uso de álcool e de outras drogas foi se modificando junto com a sociedade. As drogas, como cocaína, ópio, vinho, tabaco, aguardente, cânhamo, entre outras, já foram encaradas de diversas formas: como remédio, capaz de aliviar as dores e curar algumas patologias; como elemento religioso, utilizado em rituais; como parte da economia; como uso recreativo em práticas de socialização.

Atualmente, são vistas como os indesejáveis da vez e como um problema de saúde coletiva. Todas essas formas de compreender o uso de drogas trazem uma forma de enfrentamento que vai, desde o proibicionismo, sendo amplo o número de drogas proibidas no início deste século, até a defesa da sua legalização.

Um olhar mais atento sobre as questões das drogas nos mostra, porém, que o proibicionismo não foi capaz de eliminá-las das sociedades contemporâneas.

Com a proibição, pretendeu-se atingir uma inviável abstinência como suposta solução para evitar os riscos e danos eventualmente decorrentes do consumo das substâncias proibidas. A pregação da abstinência de drogas como forma ideal de evitar riscos e danos à saúde é evidentemente tão inútil quanto a proposta de abstinência sexual como forma ideal de evitar doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez indesejada (KARAM, 2013, p.33).

O fenômeno das drogas é extremamente complexo. Entendê-lo de forma isolada é impossível, sendo preciso levar em consideração todas as dimensões envolvidas, sejam elas subjetivas, culturais, biológicas, sociais, entre outras. Por isso, esperamos que os achados deste estudo possam contribuir para novos olhares e maior reflexão sobre o tema do uso das drogas e suas soluções para que se possa pensar em ações mais abrangentes, principalmente nos serviços e formas de tratamento oferecido aos usuários de álcool e outras drogas.

Além da presente Introdução, o estudo está organizado da seguinte forma:

No capítulo 1: Realiza-se uma breve descrição sobre a história do consumo de álcool e outras drogas, apontando que existem diferentes formas do uso das drogas. Apresenta-se, ainda, uma descrição geral sobre o paradigma proibicionista em relação às drogas.

No Capítulo 2: Traça-se uma breve descrição sobre a Reforma Psiquiátrica e os paradigmas, vigentes na atualidade, que embasam os serviços. Realiza-se, também, a descrição sobre as Comunidades Terapêuticas (CT), Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), e internações como modalidade de atendimento aos usuários de álcool e outras drogas.

No Capítulo 3: Abordam-se a Política de Atenção Integral para o Usuário de Álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, as redes de atenção à saúde (RAS) e os principais componentes da rede de atendimento para esses usuários.

No Capítulo 4: Descrevem-se as concepções teórico-metodológicas utilizadas para a pesquisa qualitativa e os recursos utilizados para a construção de dados, descrevendo ainda as características do município, o formato de sua rede de atenção à saúde, o local do estudo, os participantes e os aspectos éticos envolvidos.

No Capítulo 5: Apresentam-se os resultados encontrados a partir de análise dos dados, das entrevistas com os usuários de álcool e outras drogas, gestores e trabalhadores da saúde. Em seguida, são apresentadas as considerações finais da pesquisa.

CAPÍTULO 1

UMA BREVE HISTÓRIA DO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A INSTAURAÇÃO DO PROIBICIONISMO.

1.1 O consumo de álcool e outras drogas

O consumo de substâncias psicoativas, popularmente conhecidas como drogas, acompanha a história da humanidade. Apesar de o consumo dessas substâncias estar em destaque na atualidade, em todas as épocas e em todas as sociedades humanas há registros do uso de drogas e seu consumo sempre esteve ligado a várias esferas da vida: às vezes, a rituais religiosos; outras, a remédio para o sofrimento, ou, ainda, a produções estéticas.

A palavra ‘droga’ possivelmente deriva do termo holandês *droog* que, entre os séculos XVI ao XVIII, significava produtos secos, servindo para designar um conjunto de substâncias naturais utilizadas, sobretudo, na alimentação e na medicina. O termo também foi utilizado na tinturaria ou para denominar substância que poderia ser consumida por mero prazer. No Dicionário da Língua Portuguesa Recopilada, de Antônio Moraes Silva, de 1813, encontra-se a definição de drogas como “todo o gênero de especiarias aromáticas; tintas, óleos, raízes oficiais de tinturaria e botica. Mercadorias ligeiras de lã ou seda” (CARNEIRO, 2005, p.12).

Segundo esse autor, é interessante destacar que, no contexto colonial, a palavra droga representou um conjunto de riquezas exóticas, produtos de luxo reservados ao consumo, além do uso médico e como adubo da alimentação. Trata-se do que atualmente chamamos de especiaria.

Como se percebe, as drogas sempre estarão presentes, de tal modo que podemos considerar como sendo drogas tanto as substâncias lícitas, que são as substâncias aceitas socialmente e também as ilícitas, que são substâncias não aceitas socialmente e cuja comercialização é proibida por legislação.

As plantações de papoula no Sul da Espanha e da Grécia, no noroeste da África, no Egito e na Mesopotâmia são provavelmente as mais antigas do planeta. Isso explica que o ópio tenha duas e até três vezes mais morfina que a morfina do Extremo Oriente. A primeira notícia escrita sobre esta planta aparece em tábuas sumérias do terceiro milênio antes de Cristo, mediante uma palavra que significa também “gozar”. Cabeças de papoula aparecem também nos cilindros babilônicos mais antigos, assim como em imagens da cultura cretense-micênica. Hieróglifos egípcios mencionam o suco extraído dessas cabeças – o ópio- e o recomendam como analgésico e calmantes, tanto em pomadas, como por via retal e oral. Um dos seus empregos reconhecidos, segundo o famoso papiro de Ebers, é “evitar que os bebês chorem forte”² [...] (ESCOHOTADO, 1994, p. 5) (tradução nossa).

²Tradução livre de “Las plantaciones de adormidera em el sur de Españã y de Grecia, em el noroeste de África, en Egipto y en Mesopotamia son probablemente las más antiguas del planeta. Eso explica que su opio tenga dos y hasta três veces mas morfina que el de Extremo Oriente.

La primera noticia escrita sobre esta planta aparece em tablillas sumérias del tercer milênio a.C., mediante uma palavra significa también “gozar”. Cabezas de adormidera aparecen también em los cilindros babilônicos mas antiguos, así, como em imágenes de la cultura cretense-micênica. Jeroglíficos egípcios mencionan ya el jugo extraído de estas cabezas –el opio-, y lo recomiendan como analgésico y calmante, tanto em pomadas, como por

O ópio já era conhecido há séculos, mas começa ser amplamente utilizado na Europa desde o século XVII como calmante. Várias outras drogas derivadas do ópio também foram criadas, como a morfina (1820), que se tornou comercialmente disponível na Europa e na América do Norte; a codeína (metil-morfina), isolada em 1832 e a tebaína (dimetil-morfina), isolada em 1835. Particularmente, em relação à morfina, houve tentativas por parte de alguns médicos para sua utilização como anestésico local para insensibilizar somente a região do corpo onde fosse necessária a intervenção cirúrgica (ADIALA, 2011).

Se o cultivo de papoula parece originário da Europa e Ásia Menor, o cânhamo remete à China. Os primeiros restos dessa fibra (datam 4000 a. C.) foram encontrados ali, e um milênio depois no Turquestão. Um tratado de medicina Chinesa – escrito no século I, sobre materiais que dizem voltar ao lendário *Shen Nung*, escrito trinta séculos antes- afirma que o cânhamo tomado em excesso faz ver monstros, mas se usado por longo tempo pode comunicar com os espíritos e aliviar o corpo.

Imemorial é também o emprego do cânhamo na Índia. O *Atharva Veda* considera que a planta brotou quando caíram do céu gotas de ambrosia. A tradição Brahmanical acredita que agiliza a mente, concedendo vida longa e desejos sexuais potencializados. Também os principais ramos do budismo celebraram suas virtudes para a meditação. Nos usos médicos a planta era parte de tratamento para oftalmia, febre, insônia, tosse seca e disenteria.³ (ESCOHOTADO, 1994, p. 5, 6, grifo do autor) (tradução nossa).

Dos Andes se origina o arbusto de coca. No século III a. C. já existiam esculturas de rostos com as bochechas inchadas devido à mastigação de suas folhas (ESCOHOTADO 1994). Em 1860, o químico alemão Albert Niemann isolava a cocaína, extraída das folhas de coca. No ano de 1898, foi descoberta a exata fórmula de sua estrutura química; em 1902, Richard Willstätter produziu cocaína sinteticamente em laboratório sob a forma de cloridrato da cocaína e, desde então, foi abundantemente fabricada por firmas farmacêuticas e considerada como um novo remédio milagroso para doenças de difícil tratamento. Médicos americanos começaram a prescrevê-la como tratamento para várias doenças, entre elas úlceras, afecções respiratórias, indo de asma a tuberculose, além de casos de anorexia, anemia grave. Também foi aplicada no

via rectal e oral. Uno de sus empleos reconocidos, según el famoso papiro de Ebers, es “evitar que los bebés griten fuerte”. (...) (ESCOHOTADO, 1994, p. 5)

³ Tradução livre de “Si el cultivo de adormidera parece originário de Europa y Asia Menor, el de cânhamo remite a China. Los primeros restos de esa fibra (fechables hacia el 4000 a. C.) se han encontrado allí, y um milênio despues en el Turquestán. Um tratado Chino de medicina – escrito en el siglo I, aunque sobre materiales que dicen remontarse al legendario *Shen Nung*, redactado treinta siglos antes- afirma que “ el cânhamo tomado em excesso hace ver monstruos, pero si se usa largo tempo puede comunicar com los espíritos y aligerar el cuerpo” (ESCOHOTADO, 1994, p. 5, 6)

Inmemorial es también el empleo del cânhamo em India. El *Atharva Veda* considera que la planta broto cuando cayeron del cielo gotas de ambrosía. La tradicion brahmánica cree que agiliza la mente, outorgando larga vida y deseos sexuales potenciados. También las principales ramas del budismo celebraron sus virtudes para la meditación. Em usos médicos, la planta formaba parte de tratamientos para oftalmia, fiebre, isomnio, tos seca y disenteria. (ESCOHOTADO, 1994, p. 5, 6, grifo do autor).

tratamento das dependências do ópio e da morfina, bem como do álcool, entre outros (BUCHER, 1992).

Embora Sigmund Freud tenha ficado amplamente entusiasmado com a grande aplicabilidade da cocaína, seu “entusiasmo [...] permaneceu alguns anos, até render-se à evidência de que a ‘droga milagrosa’, tinha uma série de inconvenientes – a começar pelo seu potencial de criar dependência” (BUCHER, 1992, p. 119).

As drogas são usadas desde a origem da humanidade. Há vestígios do seu uso evidenciados em esculturas, pinturas rupestres gravadas em abrigos ou cavernas, normalmente datando de épocas pré-históricas.

O vinho, as plantas produtoras de álcool, as plantações de papoula, cânhamo, coca, tabaco e outras drogas exerceram, na história da humanidade, vários papéis, muitas vezes como remédios para acalmar, como analgésicos e para meditação.

Para Guarinello (2008), com relação às bebidas alcoólicas, o vinho talvez seja a mais diretamente vinculada à alimentação. Nos países de baixo consumo *per capita*, como o nosso, seu consumo está ligado a situações especiais. Já em países, como a Espanha, a França ou a Itália, seu consumo é mais tradicional e acompanha quase todas as refeições. Assim, é comum que se esqueça que o vinho também é uma droga.

Segundo esse autor, o vinho assume importância histórica e religiosa. É usado em rituais, como oferenda aos deuses; também como parte da sociabilidade em celebrações e símbolo de *status* social. O consumo do vinho aumentou com o passar do tempo, apesar de nem todas as classes terem condições financeiras para adquiri-lo. Então, o vinho, que era reservado aos reis, deuses e aristocratas guerreiros, foi se popularizando, e a sua produção também foi se diversificando com os vinhos baratos para consumo popular e vinhos caros para a elite.

Nesse longo processo de civilização do vinho ele se tornou, igualmente, um agente civilizador. Criou uma “civilização do vinho”, pelo papel que essa bebida assumiu no interior das diferentes culturas que se desenvolveram às margens do Mediterrâneo antigo. Diz um ditado alemão que o homem é aquilo que come (Mann ist was man isst) E o vinho, em particular, foi muito mais que uma bebida, ou um alimento. Os antigos o consideravam, ao mesmo tempo, como bebida divina, remédio poderoso, presente em quase todas as receitas médicas (mesmo nas de veterinários), um alimento essencial, instrumento de sociabilidade, fonte inigualável de prazer, mas também de vício, símbolo de *status* social, mas também de degradação moral. Para essas culturas, o vinho deixou marcas em todas as dimensões da vida social (GUARINELLO, 2008, p.193).

As drogas em torno do mundo possuem uma enorme rede de significados. Entre eles, as culturais, as práticas de socialização, como parte da economia, sendo, também, utilizadas em rituais.

Desse modo, em torno do tabaco, ópio, café, chá e chocolate, além dos fermentados e destilados alcoólicos, desenvolveu-se o moderno mercado mundial. O seu papel na constituição da economia moderna é tão significativo que o Brasil adquiriu a maior parte dos escravos africanos por escambo direto com a África, onde se trocavam homens por tabaco e aguardente. Vários produtos se tornaram riquezas nacionais, a ponto de o brasão do Império Brasileiro ser ornado por dois ramos entrelaçados de café e tabaco (CARNEIRO, 2005).

As drogas orientais, chamadas especiarias, impulsionaram o descobrimento da América e a circunavegação do mundo pela primeira vez. A produção do açúcar, do melaço, do álcool provocou a escravidão moderna e o deslocamento de mais de dez milhões de africanos para o novo continente. O tabaco e o chocolate foram monopólios reais e de setores do clero. A Inglaterra fez duas guerras contra a China para impor o livre comércio do ópio no século XIX⁴ (CARNEIRO, 2005, p. 16).

Entretanto, as drogas tornaram-se objeto de controle em que se articulam interesses econômicos e políticos, de tal modo que drogas que já foram consideradas remédios, em outros momentos, tornaram-se proibidas, e outras, atualmente, podem ser usadas em momento de recreação, como as drogas consideradas lícitas.

Dessa maneira, podemos citar o álcool, que pelo seu caráter lícito, tem grande aceitação social e faz parte do cotidiano de muitas famílias, sendo também utilizado em muitas comemorações, já que é uma droga amplamente aceita em diversos países (BRASIL, 2004).

O uso do álcool continua sendo estimulado pela publicidade e outros meios, em que se associa a cerveja a imagens de festas, pessoas bonitas, levando as pessoas a se esquecerem de que o álcool também é uma droga, que também pode causar danos muitas vezes comparáveis, ou até maiores, do que as drogas consideradas ilícitas (DRUMMOND E DRUMMOND FILHO, 2004; PINSKY e EL JUNDI, 2008).

Para compreender a problemática da droga, é necessário localizá-la histórica e antropológicamente. Apenas assim será possível compreender sua significação humana e escapar à simplificação artificial e tendenciosa entre drogas lícitas e ilícitas- distinção que é relativa e depende do contexto cultural. Basta pensar no álcool, que é ilegal nos países mulçumanos, onde o haxixe é tolerado. Assim, essa distinção esconde o poder danoso de muitas

⁴ “A resistência do governo imperial chinês ao livre mercado de ópio em seu território levou, entre 1839-42 e 1856-60, a confrontos com forças inglesas que, apoiadas por outras potências coloniais européias, exigiam a reabertura dos portos e do mercado chinês à droga produzida por companhias ocidentais. A decisão da China de fechar seu grande mercado consumidor ao psicoativo contrariava interesses vultosamente lucrativos e, em certo sentido, simbolizava um movimento mais amplo de afronta aos Estados europeus e suas estratégias político-comerciais para com o país” (RODRIGUES, 2008, p. 91, 92).

drogas lícitas, como certos medicamentos psicotrópicos, cujo uso abusivo em muitos países é tão frequente e patogênico quanto o das substâncias ilícitas (BUCHER, 1992).

Convém destacar que o crack, mesmo não sendo a droga mais utilizada, ultimamente tem estado em evidência nas mídias brasileiras. Também conhecido como pedra, é a forma de base livre da cocaína e pode ser obtido por meio do cloridrato de cocaína ou da pasta de cocaína, produtos usados na extração da coca. Sendo muito pouco solúvel em água, é colocado em cachimbos caseiros para ser fumado (NAPPO, 2004).

É difícil precisar exatamente quando o crack fez sua primeira aparição no mercado brasileiro de drogas ilícitas. Relatos de usuários em São Paulo apontam para o ano de 1987, já os relatórios elaborados pelo DENARC (Departamento de Narcóticos da Polícia Civil de São Paulo) só começam a notificá-lo em 1989. Essa discrepância é compreensível, uma vez que os usuários normalmente travam contato com novas substâncias ilícitas algum tempo antes de ocorrerem às primeiras apreensões policiais e as posteriores notificações oficiais (DOMANICO, 2006, p.17).

De acordo com a pesquisa publicada pelo Centro Brasileiro de informações sobre drogas (CARLINI et al, 2006), em 108 cidades do território nacional, o uso do crack atingia 0,7% dos 7.939 entrevistados, enquanto o uso do álcool alcançava 74,6%.

Os usuários de crack/similares⁵ são, basicamente, poliusuários. Verifica-se forte superposição do uso de crack/similares com o consumo de drogas lícitas, estando o álcool e o tabaco entre as mais consumidas, ou seja, atingem mais de 80% dos usuários no Brasil (BRASIL, 2013a).

Em vista disso, são muitos os questionamentos e desafios quanto ao modo como certos temas têm sido habitualmente tratados, especialmente quando o assunto é o uso do crack. Certamente estatísticas podem desconstruir uma série de mitos, já que muitas vezes a percepção distorcida da realidade do uso do crack promove simplificações reducionistas e ineficazes.

Ao contrário da percepção do senso comum, as estimativas de proporção de usuários de crack e/ou similares não são superiores na região Sudeste. Esse consumo em locais públicos é visível devido à magnitude das suas metrópoles e o tamanho significativo das ‘cracolândias’ (BRASIL, 2013b).

Cracolândias não são lugares em si, são efeito de discurso. Portanto, móveis, deslizantes. Hoje, na Pedreira, amanhã, poderá ser na Serra ou em outra favela qualquer da cidade. Essa alcunha preconceituosa, cracolândia, é, sobretudo, o modo como a imprensa e a cidade localizam e conjuram seu mal em territórios esquecidos pelo Estado. Lugar dos abandonados e pobres, onde lixo e sujeira se acumulam. Lugar

⁵“Por ‘similares do crack’, entenda-se o uso de pasta-base, merla e oxi, que, assim como o crack, são consumidos em cachimbos, latas e copos, ou em outros aparatos similares” (BRASIL, 2013, p.4).

onde homens e mulheres, invisíveis à cidade, dividem com o lixo um mesmo território (SILVA, 2013, p.66).

Conforme aponta Oliveira (2013), o entendimento do uso do crack como uma epidemia está ligado com a situação de visibilidade do consumo e com o medo que temos da perda da autorresponsabilização que esses sujeitos nos mostram como um espetáculo.

Segundo esse autor, a sociedade é implacável com aqueles que não se mostram capazes de se autocuidar. E o crack, entre outros elementos, identifica um conjunto de pessoas que adotam a condição de sujeitos que não respondem pelo próprio cuidado.

O cenário de miséria, em que vivem muitos usuários, é confundido e atribuído ao uso de drogas, sendo que o desemprego, a desigualdade social e a educação, entre outros, são as causas estruturais da questão e não somente as drogas.

Cabe, ainda, mais uma consideração sobre as drogas, principalmente as drogas ilícitas, que se tornaram os indesejáveis da vez, consideradas por muitos como o mal da sociedade atual, fortalecendo discursos que estabelecem uma equação simplista entre drogas e violência, prejuízo à saúde e degradação do usuário, entre outros problemas. É fato, portanto, que a questão das drogas está atravessada por preconceitos, mas devemos considerar que elas são mais um componente dentro de várias questões preocupantes. Em suma, atribuir às drogas a responsabilidade por todos os males da sociedade é ilusório e simplista.

Uma melhor compreensão sobre as formas de uso do álcool e outras drogas é o que procuramos abordar no item seguinte.

1.2 Drogas e dependência

Conforme Dummond e Drummond Filho (2004), tanto as drogas consideradas lícitas como as ilícitas podem causar dependência, ainda que nem todo aquele que faz uso dessas drogas torne-se dependente.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais IV (DMS IV), elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, caracteriza a dependência por um grupo de três ou mais sintomas classificados em um período de 12 meses. Dessa forma, os critérios para dependência são tolerância, definido por uma necessidade de quantidades crescentes da substância para conseguir a intoxicação ou efeito diminuído ao se utilizar a mesma dosagem; abstinência, definida como síndrome pela ausência ou diminuição do uso, ou quando se utiliza a mesma substância, ou semelhante, para amenizar os efeitos da abstinência; uso frequente e

crecente das substâncias, por um período mais longo; insucesso ao tentar controlar ou interromper o uso; gasto de tempo na busca pela substância ou na recuperação dos efeitos da substância, redução de importantes atividades sociais e recreativas; uso continuado da substância apesar de ter consciência de seus efeitos nocivos.

É importante destacar, porém, que só uma minoria torna-se dependente. Para Drummond e Drummond Filho (2004), as estatísticas demonstram que apenas 10% dos usuários desenvolvem a dependência. É preciso levar em conta que a experiência com as drogas afeta as pessoas de diferentes maneiras, segundo cada história de vida, e que seu uso muda conforme os indivíduos e a cultura.

Desde os primórdios da humanidade, como já se sabe, drogas têm sido utilizadas para provocar alterações dos estados de consciência. Apesar de essas serem prazerosas, o seu consumo nunca se restringiu à mera procura de prazer. Seu uso pode estar relacionado à busca de determinadas formas de transcendência, como entrar em contato com forças sobrenaturais. Tal função religiosa, no sentido amplo, articula-se com a tentativa de alargar os limites da existência ou ainda dar sentido à vida (BUCHER, 1992).

O fato de se recorrer às drogas está relacionado com as diversas dimensões da existência. Ela pode ter uma função tranquilizadora, ansiolítica, o que hoje é devidamente explorado pelos produtores de ansiolíticos. Usar tais substâncias permite tornar a ‘angústia existencial’ um pouco mais aceitável (BUCHER, 1992). Assim as drogas anestésiam “a vibratibilidade do corpo ao mundo e, portanto, seus afetos. Um mercado variado de drogas sustenta e produz esta demanda de ilusão[...]” (ROLNIK, 1997, p. 20).

Uma melhor compreensão sobre o paradigma proibicionista em relação às drogas, em diferentes realidades, inclusive no Brasil, é o que procuramos abordar no item seguinte. Entendemos que o paradigma proibicionista gera efeitos em como os governos lidam com essa questão, e ainda vão mais além, repercutindo em como a sociedade em geral vê esse usuário, levando muitas vezes à discriminação de grupos e aos efeitos negativos sobre o próprio usuário de álcool e de outras drogas.

1.3 As drogas e o paradigma proibicionista

A proibição que tornou ilícito o uso de algumas dessas substâncias nem sempre existiu, já que as ideias relacionadas às drogas como um problema é um fenômeno que passou a existir, a nível mundial, a partir do final do século XIX e início do século XX. Vários fatores

contribuíram para isso e, dentre eles, o paradigma⁶ proibicionista, associado ao paradigma religioso; à indústria farmacológica e médica e, também, sua representação como uma ameaça à ordem pública.

As formas de consumo são regulamentadas de maneira distinta, havendo aceitação de certas substâncias e a proibição de outras. De fato, praticamente nenhuma droga, fosse ela de uso medicamentoso ou não, era objeto de controle. Foi ao longo do século XX que praticamente todos os países implementaram, por políticas públicas e outros meios, o controle social sobre seus usuários, visando reduzir seu uso, a ponto de serem geradas proibições sob a forma de lei (VARGAS, 2008).

Uma lei, na forma de proibição, vem acompanhada de punições se for infringida e por uma série de vigilâncias e controle. Ao se criar uma lei, é estabelecida uma punição para aqueles que a infringirem, além de se criar uma divisão entre o que é permitido e proibido. A punição impõe ao culpado toda uma série de trabalho de transformação, trabalho obrigatório, moralização e correção. Assim, “[...] além do ato legislativo que cria a lei e do ato judicial que pune o culpado, aparece toda uma série de técnicas adjacentes, policiais, médicas, psicológicas, que são do domínio da vigilância, do diagnóstico, da eventual transformação dos indivíduos” (FOUCAULT, 2008, p. 8).

As leis que regulam o uso de drogas, no mundo, apesar das particularidades encontradas, trabalham a partir do proibicionismo, sendo amplo o seu número no início do século XX. Conforme Escohotado (1996), citado por Rodrigues (2008, p.91), o proibicionismo antes de ser uma doutrina legal para tratar a ‘questão das drogas’ “é uma prática moral e política que defende que o Estado deve, por meio de leis próprias, proibir determinadas substâncias e reprimir seu consumo e comercialização.”

Essa pressão moralista contra as drogas remonta a finais do século XIX e princípios do século XX, e assumiu formas particulares nas Américas, Europa e Ásia. Se hoje o proibicionismo está cristalizado em normas internacionais, há cerca de um século havia um vazio jurídico que deixava ainda intocado do ponto de vista da regulamentação legal, um mercado de drogas psicoativas bastante vigoroso e mobilizador de importantes interesses econômicos (RODRIGUES, 2008, p. 91).

Em 1900, todas as drogas conhecidas se encontravam disponíveis em farmácias, e também era possível comprá-las do fabricante pelo correio, e as propagandas ligadas a esses produtos eram permitidas. Existiam os viciados em ópio, morfina e heroína, usuários

⁶ “O termo paradigma indica toda a constelação de crenças, valores, técnicas etc., partilhadas pelos membros de uma comunidade determinada. [...]Um paradigma é aquilo que os membros de uma comunidade partilham e, inversamente, uma comunidade científica consistem em homens que partilham um paradigma[...]” (KUHN, 2011, P. 220, 221).

moderados e imoderados, mas atraíam a atenção somente de jornais e revistas e não de juízes e policiais (ESCOHOTADO, 1994).

Assim, várias drogas, que antes eram de livre comércio, começaram a ser controladas e a medicina vai exercer um papel decisivo sobre o que podia ou não ser consumido, sobre o que era ou não compatível com os ideais de saúde.

Para Vargas (2008, p. 55).

[...] a partilha moral entre drogas de uso lícito e drogas de uso ilícito é contemporânea da invasão farmacêutica, tendo sido num mesmo movimento que se incrementou o desenvolvimento de fármacos e que se penalizou o emprego das demais drogas [...].

Para Escotado (1994), com o objetivo de garantir o monopólio sobre as drogas, as últimas décadas do século XIX foram cercadas por uma batalha de médicos e farmacêuticos contra curandeiros e herboristas.

Na perspectiva do paradigma proibicionista, o uso de drogas é visto como algo que precisa ser impedido, considerando um modelo jurídico moral ou um modelo médico de saúde quando tal uso indica uma doença e ameaça à saúde e, portanto, algo passível de ser tratado.

Dessa maneira, não é possível isolar um entre os vários fatores responsáveis pela proibição de certas drogas e a liberação de outras. Torna-se necessário destacar, todavia, que os Estados Unidos da América, tiveram importante papel na expansão da política mundial de combate às drogas, por meio das conferências de Xangai, em 1909 e Haia, em 1912, ambas realizadas em território americano, obrigando seus signatários a coibirem o uso de substâncias opióides e seus derivados, que não fosse para tratamentos medicinais.

A conferência do ópio, realizada em Xangai, não chegou a consolidar compromissos proibicionistas, porém produziu o primeiro documento internacional a registrar determinações de controle de um mercado até então livre (McALLISTER 2000 apud RODRIGUES 2005).

É possível identificar o período em que o uso de drogas psicoativas deixa de ser considerado pelos governos como um problema sanitário de menor importância para ser entendido como uma ‘epidemia’ e, como desdobramento quase imediato, como um ‘caso de polícia’: é justamente nos anos 1910 e 1920 quando o hábito de intoxicar-se deixa de ser uma exceção em meio aos filhos da ‘boa sociedade’, gracejando entre prostitutas, pequenos criminosos, nas classes trabalhadoras urbanas etc. Para o moralismo proibicionista, significava a difusão do ‘Mal’; para a classe médica e as autoridades sanitárias, o crescimento de um grave problema de saúde pública; para os estrategistas da segurança pública, a proliferação de criminosos. A um só tempo, um pecado e um crime de lesa sociedade (RODRIGUES, 2008, p.95).

Anos depois da Conferência de Haia, implantou-se a Lei Seca nos Estados Unidos, a qual entrou em vigor em 1920, com duração aproximada de 13 anos. Tinha como objetivo proibir a venda, a fabricação e o transporte de bebidas alcoólicas.

Tal lei foi um enorme fracasso, já que o álcool continuava sendo consumido, tornando-se comum bares clandestinos e também o consumo de bebidas falsificadas, enriquecendo as máfias dedicadas ao contrabando de bebidas alcoólicas. Para Rodrigues (2008), o efeito da Lei Seca não foi a extinção do álcool e dos hábitos já instalados em uma cultura, mas a criação de um mercado ilícito de negociantes dispostos a oferecê-lo a uma clientela que continuava inalterada em gostos, porém agora era diferente, pois era ilegal. Criou-se um campo de ilegalidades, inventou-se um crime e um novo mercado.

Desde a segunda metade do século XIX, havia sido grande a articulação de associações e ligas, influenciadas por religiosos protestantes, que pregavam contra os hábitos vistos como pecaminosos e degenerescentes, como os jogos, a prostituição e o consumo de drogas, principalmente o álcool. De fato, tais associações, como a Anti-Saloon League e o Prohibition Party, com o passar dos anos, ganharam expressão política, fortalecendo o aparato estatal por meio de bancadas de senadores e deputados ligados à causa proibicionista (SZASZ, 1993 apud RODRIGUES 2005).

Para Rodrigues (2003), as associações puritanas que protestavam, ainda no século XIX, pela proibição do álcool e do ópio realizavam a vinculação direta entre essas substâncias e comunidades imigrantes. Dessa maneira, a associação entre determinadas drogas e determinados grupos específicos já não era um fato novo entre os estadunidenses.

A reação ao uso das drogas, nos Estados Unidos, passa a olhar, com desconfiança, os novos imigrantes. A partir de então, as diferentes drogas se associam a grupos definidos por classe social, religiosa e raça, como, por exemplo, o ópio aos chineses, aos negros a cocaína, a maconha aos mexicanos e o álcool aos judeus e irlandeses. Todos esses grupos se caracterizavam por uma pseudo inferioridade tanto moral como econômica (ESCOHOTADO 1994).

A partir das primeiras estratégias de controle, iniciadas no século passado, os países, já no âmbito das Nações Unidas (ONU), assinaram as três convenções sobre drogas⁷ que hoje são

⁷ As três convenções são: Convenção Única sobre Entorpecentes, 1961 (emendada pelo protocolo em 1972), Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, 1971, Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, 1988. “As três convenções das Nações Unidas sobre o controle de drogas são complementares. A principal proposta das duas primeiras é sistematizar as medidas de controle internacional com o objetivo de assegurar a disponibilidade de drogas narcóticas e substâncias psicotrópicas para uso médico e científico, e prevenir sua distribuição por meios ilícitos. Eles também incluem medidas gerais sobre o tráfico e o abuso de drogas. Enquanto a última convenção fornece medidas abrangentes contra o tráfico de drogas, inclusive

a referência legal para todos os países signatários, dentro deles, o Brasil. As drogas estão dispostas em diferentes graus de controle, que inclui aquelas que são de livre comercialização e consumo até as de proibição total. Conforme Rodrigues (2008, p.98), “as normas internacionais celebradas desde a Convenção Única da ONU sobre Drogas, de 1961, consagraram o proibicionismo como a forma de tratar o ‘tema das drogas psicoativas’ no mundo”.

Também torna-se importante destacar a declaração dada pelo presidente do EUA, Richard Nixon, em 1972, segundo o qual as drogas eram o novo inimigo número um do país. Nixon acreditava que, para enfrentar tão ameaçador inimigo, era necessário declarar guerra às drogas (RODRIGUES, 2008).

Para Karam (2013, p. 35), “a expressão ‘guerra às drogas’ deixa explícita, em sua própria denominação, a moldura bélica a dar a tônica do controle social exercitado através do sistema penal nas sociedades contemporâneas.”

No Brasil, não havia preocupação direta do Estado e debate sobre o controle do uso de alguma substância psicoativa até o final do século XIX. Pode-se indicar, ainda no Primeiro Império, na década de 1830, a proibição do uso da maconha, mas, naquele momento, havia mais controle sobre as práticas tradicionais de um crescente contingente de população negra e miscigenada, escrava ou liberta, do que, o controle sobre o uso de drogas. A maconha era vinculada às classes baixas, aos negros e mulatos e à bandidagem, associação que marca a simbologia do consumo dessa planta até os dias atuais. Assim, não era contra a planta que a Corte parecia estar preocupada, mas, sim, contra o alastramento de práticas específicas de classe e /ou raça que, de alguma forma, eram vistas como perigosas (FIORE, 2005).

Segundo Fiore (2005), no Brasil, o debate sobre as drogas pode ser visto como limitado até o começo do século XX. A exceção é o álcool. O que incomodava as autoridades médicas era o consumo desregrado que acontecia principalmente nas camadas mais baixas da sociedade. Costa (2006) nos relata a história da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) cujos psiquiatras definiam o alcoolismo como uma doença hereditária, que necessitaria ser tratada e prevenida eugenicamente, pois, segundo eles, o número de alcoólatras degenerados aumentaria, caso não fosse controlada a sua prole. Deste modo, os métodos pautados no higienismo eram autoritários, exercidos pela LBHM, tornavam-se nitidamente policialescos, de tal modo que,

métodos contra a lavagem de dinheiro e o fortalecimento do controle de percussores químicos. Ela também fornece informações para uma cooperação internacional por meio, por exemplo, da extradição de traficantes de drogas, seu transporte e procedimentos de transferência”. (Informações disponíveis no site www.unodc.org)

em 1934, a colaboração com a polícia seria ampliada, já que, na realidade, não havia certamente muita diferença entre seus objetivos e os objetivos da polícia.

Ao longo da década de 1920, a questão das drogas seria transformada em um problema público. No mesmo momento em que o prestígio das drogas decaía, ampliava a autoridade da Psiquiatria para tratar das questões associadas, tanto pelo consumo de bebidas alcoólicas quanto por outras drogas (ADIALA, 2011).

As drogas passam a ser motivo de atenção entre as autoridades, já que se cria o alarde gerado em torno da cocaína, consumida principalmente entre os jovens de classes mais altas e, entre as classes mais baixas, a maconha. Assim, a adesão do Brasil à Convenção de Haia, primeiro tratado internacional, levou à primeira menção específica sobre drogas no país (FIORE, 2005).

As primeiras leis específicas sobre drogas no Brasil datam do começo da década de 1920. O governo brasileiro encarregou uma comissão constituída por juristas e médicos, entre os quais o diretor da Assistência aos Alienados – Juliano Moreira e o diretor da Saúde Pública – Carlos Chagas, para elaborarem uma legislação específica sobre o uso de substâncias narcóticas, o que viria a ocorrer com a edição do Decreto-Lei nº 4.294 (ADIALA, 2011).

Para Fiore (2005), pela primeira vez, pelo decreto n. 4.294, a venda de ópio e seus derivados e de cocaína passava a ser punida com prisão e a embriaguez, por hábito que causasse atos nocivos aos outros ou a si próprio, passava a ser punida com internação compulsória. Em um novo decreto (14.969), no mesmo ano, foi caracterizada, na legislação, a figura jurídica do toxicômano, e criado o Sanatório para Toxicômanos, para tratá-los ou corrigi-los. Sua internação podia ser solicitada por ele próprio, pela família ou pela autoridade judicial. Já o decreto 30.930, de 1932, ampliou o número de substâncias ilícitas, dentre elas, a maconha.

Mas as convenções internacionais e as leis internas sobre drogas ainda vão mais além, trazendo uma série de dispositivos que estabelecem maior rigor penal e procedimentos especiais, sob a falaciosa alegação de que as criminalizadas condutas relacionadas a drogas não poderiam ser controladas por meios regulares [...] (KARAM, 2013, p.39).

Uma nova legislação é, então, aprovada -a Lei de Fiscalização de Entorpecentes (Decreto-lei n. 891 de 1938) - com duas novidades importantes: a fixação de uma mesma pena tanto para quem usa ou quem vende a droga e a impossibilidade de o tratamento ser realizado em domicílio, já que era considerada uma doença de notificação obrigatória. Em 1976 é aprovada e promulgada a lei n. 6.368 (Lei de Tóxicos), pela qual todas as pessoas, sejam físicas ou jurídicas, eram obrigadas a colaborar na erradicação e no uso das drogas ilícitas, além de a

dependência física e psíquica só poder ser determinada por critério médico para decisão da justiça e a internação não ser mais obrigatória, podendo ser substituída por tratamento (FIORE, 2005).

A partir de 1976, a Lei de Tóxicos passou a ser uma norma penal em branco, ou seja, a regulamentação sobre quais substâncias deveriam ser proibidas ou controladas ficaria a cargo do Ministério da Saúde. A nova lei 10.409, promulgada em 2002, não alterou esse procedimento. Este ponto é importante na medida em que envolve o órgão competente do Ministério da Saúde, a ANVS (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), numa complexa questão jurídica, pois caberia a ela decidir a proibição, liberação ou controle de quaisquer substâncias no país. Ao mesmo tempo, a legislação brasileira estaria vinculada a tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, o que exigiria a aprovação do Senado para a devida denúncia (FIORE, sd, p.6).

Atualmente, é a lei nº 11.343/2006 que vigora em nosso país. Tal lei distingue a condição de usuário e dependente de drogas, e prevê a adoção de estratégias diferenciadas de atenção e de reinserção social. Na realidade, essa nova lei não traz tantas mudanças já que segue as diretrizes dadas pelo proibicionismo.

A Lei 11.343/06 mantém a criminalização da posse para uso pessoal das drogas qualificadas de ilícitas. Apenas afasta a previsão de pena privativa de liberdade, estabelecendo penas de advertência, prestação de serviços à comunidade, comparecimento à programa ou curso educativo e, em caso de descumprimento, admoestação e multa (KARAM, 2008, p.115,116).

[...] por outro lado, pelo mesmo jogo de forças, a lei ficou em aberto e deixou por discricção do delegado, do juiz, dos agentes de polícia, dos agentes da Justiça, a discriminação entre usuário e traficante. Os resultados aparentemente são contraditórios, mas retratam, na verdade, o jogo de forças que essa sociedade ainda detém[...] (KINOSHITA, 2013, p.22).

Essas são algumas informações e dados que fundamentam a política proibicionista pelos quais se tem a falsa ideia de que se pode dar solução para a questão das drogas, ainda que esse uso, como já sabemos, seja tão antigo como a própria humanidade, o que torna evidente sua impossível extinção. Segundo Karam (2013), com o proibicionismo não foi possível cessar o uso de drogas e criou-se, ainda, um mercado ilegal para o fornecimento e a clandestinidade do uso, o que implica maiores chances de adulteração dessas substâncias e desinformação quanto ao potencial tóxico da droga consumida.

Sem dúvida, não há uma solução pronta para a questão das drogas, mas é uma questão que precisa ser compreendida dentro de um contexto social e cultural mais amplo, que exige diversos olhares, com parcerias intersetoriais mais ativas, visto que é extremamente complexa, não podendo ser considerada de maneira isolada.

CAPÍTULO 2

PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: DO PARADIGMA PSIQUIÁTRICO HOSPITALOCÊNTRICO MEDICALIZADOR À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

2.1 Reforma Psiquiátrica Brasileira: breve histórico

Em diversos momentos da história, os usuários de álcool e outras drogas, assim como os pacientes com transtornos mentais, eram encaminhados aos hospitais psiquiátricos. Note-se que, na ausência de uma política específica para os usuários de álcool e outras drogas, a única opção eram práticas que contribuíam para o fortalecimento do estigma.

Historicamente, o manicômio surgiu para defesa dos sãos. Os muros tinham a finalidade de excluir e isolar a loucura para que não adentrasse o nosso espaço (BASAGLIA, 2005). Assim, desde o século passado, a forma mais clássica de a sociedade lidar com o fenômeno das drogas tem sido pelo atendimento psiquiátrico, não para tratar esses usuários, mas para se defender da presença, no seu meio, daqueles sujeitos que utilizam as drogas (BUCHER, 1992).

No fim dos anos 80, o Brasil chegou a ter cerca 100.000 pessoas morando em hospícios. Com o processo da Reforma Psiquiátrica, foram desativados em torno de 60.000 leitos manicomial, o que representou um enorme esforço e avanço nas estratégias de tratamento (LANCETTI, 2013). Apesar de ocorrer em ritmo diferenciado, a redução do número de leitos psiquiátricos vem se concretizando nos estados brasileiros (BRASIL, 2005).

Para Yasui (2010, p. 104).

Trata-se de uma radical ruptura com o modelo asilar predominante, por meio não só de um questionamento de seus conceitos, fundamentos e de suas práticas moldadas em uma questionável racionalidade científica, mas principalmente da construção de novo paradigma científico, ético e político. É nessa ruptura que entendo o conceito de Reforma Psiquiátrica e não apenas no sentido de uma mudança de *lôcus* e de técnicas de cuidado e gestão de serviços de saúde mental.

Em 1987, acontece o II congresso Nacional do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em Bauru e adota o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. Nesse mesmo ano também acontece a I Conferência Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. O MTSM, movimento plural, formado por trabalhadores da saúde mental e outros setores da sociedade civil simpatizantes com a causa e que, juntos, denunciam a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos psíquicos (BRASIL, 2005).

Segundo Yasui (2006), é necessário construir uma nova maneira de a sociedade lidar com a loucura e transformar as mentalidades intolerantes em relação ao diferente. Para Basaglia (2005, p.57), “não é fácil, contudo, desmontar regras, instituições e preconceitos que há séculos determinam nossa vida”.

Em março de 1987, na cidade de São Paulo, destaca-se a criação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Prof. Luís da Rocha Cerqueira e, em setembro de 1989, do primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, no bojo das mudanças mais gerais acontecidas naquele município no âmbito da saúde mental, após o processo de intervenção em um Hospital Psiquiátrico, a Clínica Anchieta, em 03 de maio (AMARANTE e TORRE, 2001).

Em 06 de abril de 2001, é promulgada a lei 10.216, considerada a lei da Reforma Psiquiátrica, que tem como premissa os serviços de atenção psicossocial de caráter substitutivo ao modelo asilar. Essa lei também assegura a internação, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes, e estabelece três tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória. Convém observar que o texto aprovado está muito diferente do projeto original, apresentado em 1989, em que se propunha a extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros serviços mais próximos do convívio social de seus usuários.

Apesar de a Reforma Psiquiátrica, no começo da sua luta, não ter especificado um olhar para o usuário de álcool e outras drogas, ela veio propor uma mudança no atendimento à saúde mental. Para Lancetti (2012, p.32), “[...] devemos aceitar que, nas últimas décadas de Reforma Psiquiátrica, aprendemos a cuidar de pessoas com sofrimento mental grave, mas estamos iniciando o trabalho com dependentes químicos.” Assim, o Movimento da Reforma Psiquiátrica, voltado para a desinstitucionalização da loucura, demorou a perceber a especificidade da questão das drogas e entrou com atraso no debate sobre as políticas psicossociais voltadas para cuidar daqueles que fazem o uso problemático do álcool e de outras drogas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

O termo “Usuários de Álcool e outras Drogas” é a denominação utilizada ao longo deste estudo, seguindo sua utilização nas cartilhas e documentos do Ministério da Saúde.

Segue uma descrição sobre os principais modelos vigentes em nossa sociedade em relação ao cuidado dado ao usuário de álcool e outras drogas.

2.2 O campo de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas: do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador à Atenção Psicossocial

Ao longo de mais de dois séculos, o cuidar, na psiquiatria, criou instituições e práticas produtoras de violência. Dessa forma, não “houve cuidar, mas produção de silêncio, negligência e indiferença” (YASUI, 2010, p.117). Essas instituições apresentavam características autoritárias, punitivas e iatrogênicas, determinando o isolamento e a exclusão do indivíduo da

sociedade, com práticas centradas nas resoluções dos sintomas, em que se valoriza a doença em vez do sujeito, tendo a medicalização como estratégia terapêutica central.

Essas instituições totais (GOFFMAN, 1974), têm tendência de ‘fechamento’, simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída, evidenciadas no esquema físico dessas instituições, como portas fechadas, paredes altas, arames farpados, entre outras características.

Por muito tempo a saúde pública brasileira não se ocupou devidamente dos problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, causando a disseminação, em todo o país, de ‘alternativas de atenção’ de caráter total, baseadas em uma prática de internação fechada, predominantemente medicamentosa e disciplinar (BRASIL, 2007). No contexto atual, existem dois modelos vigentes em relação ao cuidado dado ao usuário de álcool e outras drogas: o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador (PPHM) (COSTA-ROSA, 2013) e a Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2003).

O PPHM ainda continua imprimindo a fisionomia característica das instituições de saúde mental em nosso meio, sendo que o paradigma dominante, por sua predominância quantitativa, “conjuga interesses básicos de um setor social: suas opiniões, suas concepções ideológicas e teórico-técnicas, sua ética, seus ideais socioculturais, seus interesses econômicos e sua forma dominante de produção de saúde e subjetividade” (COSTA ROSA, 2013, p. 62). O nome ‘psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador’ tem sua origem na psiquiatria como medicina mental e o hospital psiquiátrico como meio de ação que melhor o representa, apesar de não ser o único, já que os meios do Hospital estão sendo substituídos pelos da Química. Já ‘Medicalizador’ condensa o radical ‘med’ relativo ao laço comum médico – paciente e ao medicamento como meio de ação (COSTA-ROSA, 2013).

Ao traçarem uma trajetória do conceito de Atenção Psicossocial no contexto da construção do movimento de reforma psiquiátrica brasileira, Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003, p. 13) evidenciam que esse conceito “[...]vai ganhando elementos, tanto em termos teóricos e técnicos, quanto ideológicos e éticos, aptos a constituírem um novo paradigma para as práticas em Saúde Mental, capaz de substituir o paradigma psiquiátrico que ainda é dominante[...]”. Para eles, suas ações político- ideológicas trabalham com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e pelos direitos de cidadania, destacando também a particularidade da situação dos usuários dos serviços de Saúde Mental. “Suas ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos

institucionalizados e da ética em que se pautam” (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2003, p. 31,32).

Sabemos que muitas transformações já se processam, porém ainda são grandes os desafios das Instituições de Saúde Mental para romper com a lógica do PPHM, calcada na compreensão da saúde-doença, com práticas excessivamente farmacológicas, em que a medicalização é utilizada como estratégia terapêutica central.

Segundo Costa-Rosa (2000), pouca ou nenhuma consideração é dada à existência do sujeito, não se investindo na sua mobilização como participante do tratamento. Assim, quem trabalha na resolução do conflito é o remédio, pois o organismo é o destinatário principal das ações. As proposições desse modelo não vão muito além de considerar o alcoolismo e a drogadição como doenças para as quais deve ser buscada a cura por um modelo médico geral.

Muitos dos conceitos baseados no PPHM permeiam as práticas dos profissionais de saúde, que, mesmo nos chamados serviços substitutivos, acabam reproduzindo o cuidado que leva à exclusão. Dessa maneira, muitas vezes os próprios CAPSad podem produzir cuidados pautados no PPHM em que se valoriza a doença em vez do sujeito, com práticas centradas nas resoluções dos sintomas. Assim, a confiança nos efeitos dos psicofármacos continua alta, além de levar a permanência ilimitada dos sujeitos nos serviços de saúde mental.

Por outro lado, muitos profissionais sentem-se despreparados para lidar com as realidades que envolvem a questão do álcool e outras drogas, além de se considerar que têm sua formação ainda na perspectiva de especialidades. O resultado disso é um olhar fragmentado para as necessidades dos usuários. Além disso, muitas vezes o prontuário tem sido considerado o elo de comunicação dos profissionais da equipe, resultado da ausência de espaço para a articulação e integração do trabalho desenvolvido e, muitas vezes, quando há a reunião de equipe, os assuntos burocráticos acabam ocupando quase todo o tempo da discussão.

Em contraponto a essas características, a Atenção Psicossocial propõe outra lógica de organização de trabalho. As equipes devem atuar sempre de forma interdisciplinar, visando à atenção integral ao sujeito. Seu modelo de intervenção deve superar o modelo médico para que as formas de cuidado não se atenham exclusivamente a medicamentos.

A atenção Psicossocial requer a ruptura com a clínica psiquiátrica/psicológica tradicional ou das especialidades, calcadas no paradigma doença-cura e no tratamento do usuário como objeto manipulado, principalmente, pelas ferramentas de internação e medicalização, visando apenas a suprimir sintomas, a adaptar o indivíduo à realidade e a suprir suas necessidades imediatas. Por consequência, ela pretende ser integral, territorializada, inter e transdisciplinar, voltada para o sujeito e seu contexto sociocultural, centrada na interlocução e no livre-trânsito do usuário em seu território,

buscando a sua singularização e, conseqüentemente, a produção e usufruto de todos os bens da produção social (LUZIO, 2010 p.51).

Finalmente, pode-se acrescentar que “[...] temos muito para problematizar e mais ainda para defender e construir” (LANCETTI, 2012, p.33), visto que transformações já se processam com a aprovação de políticas ministeriais com enfoque na Atenção Psicossocial, valorizando o tratamento mais próximo do convívio social dos usuários, a importância da participação da família e a ampliação dos serviços que privilegiem o tratamento aberto.

Nos próximos, serão discutidos os princípios comuns e as características específicas de algumas instituições que foram citadas no itinerário terapêutico dos participantes desse estudo, tais como Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA) e Comunidades Terapêuticas (CT) para os usuários de álcool e outras drogas e as internações.

2.3 Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e Comunidades Terapêuticas como forma de tratamento para o uso de álcool e outras drogas.

O programa Alcoólicos Anônimos (AA) foi criado em 1935, em Akron, Estado de Ohio, nos Estados Unidos, após uma conversa entre dois dependentes alcoólicos. Eles constataram que, por alguma razão até ali não bem compreendida, conseguiam ficar sem beber durante bons períodos logo após ficarem algum tempo conversando e compartilhando seus problemas. Fundamentado nos “Doze Passos”, virou a irmandade de vários outros grupos que seguiram, desenvolvendo-se de maneira organizada e com crescimento considerável em vários países. No Brasil, o primeiro grupo de AA surgiu em 1947 (CHAVES, 2002; CAMPOS, 2004).

O único requisito para o ingresso no AA é o desejo de parar de beber. Assim cada grupo deve ser autônomo e tem como objetivo primordial transmitir sua mensagem a outros alcoólicos, sendo que os líderes dos grupos são apenas servidores de confiança, não podendo haver profissionalismo, além da preservação do anonimato (CHAVES, 2002).

Entretanto, a estratégia terapêutica dos AA visa à manutenção da sobriedade do alcoólico e não apenas à abstinência de bebidas alcoólicas. O ingresso no grupo de AA insere o “ex-bebedor” numa ordem de significados. Ele passa a ser entendido agora como doente alcoólico em recuperação, em oposição à imagem do bêbado e do cachaceiro do período ativo do alcoolismo. Tem-se, então, a passagem de uma posição moral e estigmatizante para uma posição na qual o alcoolismo é entendido de maneira patológica (CAMPOS, 2004).

Já, o grupo de Narcóticos Anônimos (NA) foi criado em julho de 1953 para que os dependentes de outras drogas ou de múltiplas drogas pudessem ter um espaço para partilharem

suas experiências. O NA segue a mesma proposta de recuperação do AA, adotando o programa dos doze passos e das doze tradições (CHAVES, 2002).

Esse grupo (NA) visa à abstinência do uso de qualquer droga. O lema da irmandade, “Só por hoje”, impulsiona os membros a alcançarem a abstinência e a sobriedade a cada dia. Assim, os objetivos se tornam mais realistas e alcançáveis sendo o resultado do tratamento avaliado diariamente. O NA é aberto a qualquer pessoa que admita o problema com drogas, não existindo quaisquer restrições para frequentar as reuniões (LOECK, sd).

O principal aspecto da filosofia dos doze passos, utilizados nos AA e NA, é a abertura a qualquer um que queira cessar o uso de álcool e outras drogas. A drogadição é considerada uma doença que prejudica a pessoa como um todo, tanto física, mental como espiritualmente, sendo que a recuperação deve abordar todos esses aspectos. Não se trata de um programa religioso, mas existe a ideia de que a recuperação ocorre a partir da conexão com algo maior que o indivíduo. Além disso, existe a necessidade do apoio interpessoal para a recuperação e a crença de que esse é um processo para a vida toda (WOODY e CRITS-CRISTOPH, 2009).

Em relação às comunidades terapêuticas (CT), o termo foi consagrado por Maxwell Jones, na Inglaterra, em 1959, fundamentado em uma série de experiências em um hospital psiquiátrico, inspirado nos trabalhos de Simon, Sullivan, Menninger, Bion e Reichman. Dessa forma, o termo *comunidade terapêutica* passa a assinalar “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, 1995, p. 28).

Dessa forma, a ideia de comunidade terapêutica procura desarticular a estrutura hospitalar segregadora e cronificadora, modificando a cultura e o padrão de relacionamentos na unidade de tratamento. Isso implica que, em colaboração com a equipe, os pacientes tornam-se participantes ativos em sua própria terapia, na de outros pacientes e também em relação às atividades gerais da unidade. Uma característica importante na organização da comunidade terapêutica é a existência da reunião diária da comunidade em que os papéis tanto da equipe como dos pacientes e a relação entre eles são elementos de exame e discussão (JONES, 1972). As comunidades terapêuticas existentes no Brasil, não retratam o modelo proposto por Maxwell Jones.

As CT foram incluídas à rede de atenção psicossocial ao usuário de álcool e outras drogas na esfera do SUS, pela Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011 (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

A CT mantém como regra, o não uso de drogas e a aceitação tácita de um elemento espiritual na recuperação. Assim, os 12 passos e as 12 tradições do AA são utilizados, além dos pacientes terem de participar da rotina diária de trabalho, das reuniões, dos grupos, ou seja, de todas as atividades – com o objetivo de manter a recuperação (DE LEON, 2003).

No Brasil, as CT atuais são formadas por instituições privadas (geralmente ONGs), com tempo de internação em média de 9 meses, com base em atividades terapêuticas individuais e em grupos, atividades relacionadas a religião e ligadas aos 12 passos. São reforçados a convivência entre os internos e o trabalho, como recursos terapêuticos, com o intuito de promover a ressocialização. Além disso, os relacionamentos entre os internos e destes com a CT e as atividades são usados como material de base para refletir sobre o estilo de vida pessoal e a correlação desse estilo com o uso abusivo de drogas (SCADUTO, 2010).

Dessa maneira, é comum haver denúncias dirigidas a essas instituições. No ano de 2011, a inspeção proposta pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia⁸, com adesão integral do conjunto dos Conselhos Regionais, feita em 24 estados da federação e no Distrito Federal, verificou 68 instituições em que foram encontradas inúmeras práticas iatrogênicas e desumanas. Dessa maneira, o Conselho Federal de Psicologia (2011, p.189) explicita:

A realidade encontrada evidencia questões, convoca à reflexão e exige uma tomada de posição por parte do Estado e da sociedade brasileira. O que se faz, a assistência que vem sendo ofertada, na maioria desses lugares, fundamenta-se em princípios que contrariam os pressupostos que orientam as políticas públicas, a saber: o respeito à cidadania dos usuários.

Na maioria dos locais não existem funcionários, apenas religiosos, pastores e obreiros, que, em sua maioria, são ex-usuários convertidos. Poucos profissionais de saúde são encontrados nestas instituições. A maioria das práticas adotadas nestes lugares estão relacionadas com a religião como forma de tratamento. “Um funcionário relatou que, quando os internos apresentavam situação de crise, uma das estratégias usadas era a oração, por se entender que se trata de uma dimensão espiritual, e as crises são vistas como possessões demoníacas” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 38). Também chama a atenção a realização do trabalho forçado, sem remuneração e perspectiva, chamado de laborterapia. O trabalho adquire, nesta proposta de tratamento, igual adjetivação dada pelo

⁸ Conselho Federal de Psicologia. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

manicômio e pelas prisões, ou seja, o caráter moral (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Foram, também, encontrados locais com estruturas físicas precárias, “banheiro coletivo descoberto e com odor mais forte ainda [...]. Possui dois chuveiros sem nenhum tipo de aquecimento. Não possui vasos sanitários, fazendo os internos urinarem e defecarem pelas paredes ou em valas construídas de cimento” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA 2011, p.40). Em muitas instituições, há a violação das correspondências. São feitas as leituras das correspondências pela coordenação, ou profissionais antes de elas serem entregues aos usuários; além do que os documentos pessoais como CPF, RG, ficam em poder da instituição. E, por fim, um dos pressupostos do ‘tratamento’ é a separação do sujeito do seu meio social, variando quanto ao tempo exigido de não comunicação com os familiares. A maioria das instituições proíbe o acesso a jornais, revistas, internets e etc. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

Assim, as CT, na maioria das vezes, funcionam sem qualquer regulamentação e em desacordo com a Lei da Reforma Psiquiátrica e demais políticas que regulam os cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, já que as principais características dessas instituições são a prática de internação fechada e de longa permanência e uma fundamentação de cunho religioso, além da inexistência de um projeto terapêutico, tanto singular como institucional, que estimule a autonomia e participação dos usuários (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

O que fica evidente é a necessidade de serviços que respeitem os direitos dos usuários de álcool e outras drogas e que possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida, reduzindo os riscos associados aos usos de drogas. Assim é importante destacar que a Trajetória da Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial visam a serviços que garantam a preservação dos direitos humanos a esses usuários, serviços abertos e que não se passe, como diz Merhy (2012, p.17) “[...] do manicômio prisão para uma prisão Comunidade.”

2.4 As internações

No ano de 2010, foi instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas pelo Presidente Lula, alterado em 8/12/11, pelo Decreto nº 7.637, da Presidenta Dilma Roussef. A cartilha lançada pelo Governo promete expandir as vagas de internação hospitalar nas enfermarias especializadas e nas entidades da sociedade civil habilitadas pelo SUS e prevê o acolhimento de longa permanência em serviços residenciais e comunidades terapêuticas. Mesmo com o destaque às políticas de saúde e de assistência social, visando à prevenção,

tratamento e reinserção social de usuários, o texto não é suficiente para ocultar a verdadeira finalidade do Executivo e do Congresso Nacional, pois o que se pretende é a internação, mas não se trata de internação voluntária (CASTILHO, 2012).

Atualmente o crack tem estado em evidência nos meios de comunicação do nosso país, sendo visto como um problema endêmico que fugiu do controle do Estado, alastrando-se nas ruas tanto de pequenas como de grandes cidades, além de ser apontado como responsável pelo aumento da violência urbana. Dessa maneira, as informações sensacionalistas estimulam as medidas de repressão policial ou de defesa da internação do usuário como solução para evitar o consumo, o que retroalimenta o imaginário social, que vê a internação compulsória como solução para o problema (ASSIS et al, 2013).

Segundo a lei 10/216, de 06 de abril de 2001, existem os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Como diz Lancetti (2012, p.32).

A internação involuntária pode e deve ser praticada quando existe risco de morte e quando o operador tem ascendência afetiva sobre a pessoa em questão. Mas uma desintoxicação ou uma internação por motivos clínicos não passa de uma redução de danos e só pode ter sentido se existe um projeto de continuidade.

Atualmente, muitos ainda acreditam que a internação é a única forma de ajudar e tratar aqueles que apresentam problemas com o uso de drogas, mas torna-se importante ressaltar que a internação no hospital, como única modalidade assistencial, reforça o isolamento social do indivíduo. Além disso, os usuários de álcool e outras drogas necessitam de um conjunto de ações que devem acontecer em conjunto com o território, familiares, lazer, cultura, entre tantos outros que se fizerem necessários para garantir o cuidado.

Assim, no tratamento não voluntário os usuários são internados contra a sua vontade, tornando-se comum a situação de recaída, o que, na lógica da internação, pode gerar sucessivos recolhimentos forçados (CASTILHO, 2012).

Dessa maneira, torna-se preocupante a ideia de tratamento baseado somente na internação, pois, afinal, seria um retrocesso de toda a conquista feita pela Reforma Psiquiátrica. É importante destacar que procedimentos e ações isolados mostram-se ineficazes e que a decisão pela internação só deve ocorrer quando se fizer necessário ao cuidado dispensado ao usuário de álcool e outras drogas.

Em determinadas situações extremas, a internação do usuário é exigida como medida de proteção, quando se conhece o usuário, sua história e se tem construído um vínculo de confiança. A internação deve ser uma exceção, já que ela costuma ser feita no atacado. Além de essas internações serem um flagrante desrespeito aos direitos humanos, são ineficazes (LANCETTI, 2013).

Outra questão importante a destacar é que “as medidas de internação não podem ser consideradas como o primeiro recurso para os usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social” (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 34), pois são medidas que não apostam na integralidade do cuidado e nas práticas intersetoriais, visto que somente a atuação da saúde não é capaz de dar conta dessas questões que envolvem moradia e desigualdade sociais, entre outras.

CAPÍTULO 3

POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

3.1 Ministério da Saúde e a Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas

Em nenhum momento da história da humanidade existiu uma sociedade livre das drogas, porém esse uso foi se modificando com o passar do tempo. O que existe, hoje, no Brasil, é que as drogas são consideradas um grave problema de saúde coletiva. Segundo o documento do Ministério da Saúde (2003), o uso de álcool e outras drogas tomou proporção de grave problema de saúde pública no país, repercutindo nos diversos segmentos da sociedade, visto que, em torno de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, realizam o uso abusivo de substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo.

Reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico e a necessidade da reversão de modelos assistenciais que não contemplem as reais necessidades do usuário de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde elaborou uma política específica nesta área - Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas, que foi lançada no ano de 2003, seguindo as diretrizes do SUS.

A partir de 2003 iniciam-se as discussões mais sistemáticas sobre a questão das drogas. Cria um grupo de trabalho para discutir a política de álcool e outras drogas do Ministério da Saúde, tendo em vista que “[...] 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” (BRASIL, 2007, p.39).

“Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica.” (BRASIL, 2003, p.07). Portanto, a carência de cuidados que atinge, de forma histórica e contínua, aqueles que sofrem com o uso de álcool e outras drogas, aponta para a necessidade da mudança de modelos assistenciais que contemplem o planejamento de ações voltadas para a atenção integral e estratégia da atenção psicossocial.

A partir de 2002, segundo a portaria nº 336/GM, passam a existir no Brasil os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), criados como serviços substitutivos às internações em hospitais psiquiátricos, visando resgatar a subjetividade e a história desses indivíduos e, para aqueles usuários cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas, passam a existir os CAPSad⁹, principal dispositivo ordenador da assistência.

⁹Conforme portaria Nº 2.841, de 20 de setembro de 2010, Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS- os Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – CAPS AD III, serviço de funcionamento 24

Os CAPSad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos. Os CAPSad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar (BRASIL, 2004. p.24).

Muitas vezes há, equivocadamente, a percepção que os CAPSad consistem no único recurso de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Para Yasui (2010, p. 68).

O CAPS, mais do que um serviço, é uma estratégia de mudança do modelo de assistência que inclui necessariamente a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial, o que significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado [...].

Também a política do ministério da saúde aponta para a Redução de Danos (RD) como um dos caminhos possíveis “[...] que não tenham a abstinência total como a única meta viável e possível aos usuários dos serviços CAPSad e outros não especializados.” (BRASIL, 2003, p.44). A RD, que antes era uma estratégia específica do programa DST/AIDS, se torna, a partir de 2003, estratégia norteadora da Política do Ministério da Saúde para atenção integral a Usuários de Álcool e outras drogas e da política de Saúde Mental (PASSOS e SOUZA, 2011).

Assim, as práticas de RD não devem acontecer somente nos CAPSad. Para (BRASIL, 2014) devem ser estendidas para a Atenção Primária à Saúde que é um campo fértil para as ações de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, já que realizam ações no território e dividem o mesmo território objetivo e subjetivo com essas pessoas, podendo traçar estratégias de cuidado que contemplem as necessidade desses usuários e indicadas a cada situação.

Mas, a RD ainda é encarada por muitos como uma apologia ao uso de drogas, já que utiliza propostas mais flexíveis.

[...]a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por que? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de métodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos

horas/dia, 07 dias por semana, incluindo feriados, em municípios com população de 200 mil habitantes ou em município polo regional cuja somatória seja 200 mil habitantes ou mais.

também, que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, no 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, 2003, p. 10).

Silveira (2013) aponta que a RD se propõe a reduzir as consequências prejudiciais do uso, sendo uma alternativa de saúde pública que se opõe ao modelo que julga por uma perspectiva moral e criminal e de doença do uso. Dessa maneira, a RD promove o acesso a serviços de baixa exigência¹⁰, tendo em vista a inclusão e a autonomia desse sujeito, possibilitando-lhe participar ativamente de todo o processo.

A RD ganhou força internacional, sobretudo em Amsterdã e Liverpool, a partir da década de 1980, motivadas pela propagação dos casos de AIDS e hepatite, sendo que a primeira estratégia para uma redução de danos foi a troca de seringas. A partir desse momento, houve uma gradual disseminação das ideias e outras estratégias de redução de danos (SILVEIRA, 2013).

Já no Brasil essa proposta tem início em 1989, na cidade de Santos, quando um grupo formado por David Capistrano Filho, Fábio Mesquita, Roberto Tykanori e outros, desenvolveram a estratégia de redução de danos aos usuários de drogas injetáveis. Como, naquele período, não houve a compreensão da importância de tal estratégia, ocorreu a interrupção desse processo via judicial (MESQUITA, 1991; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). A ação judicial que eles sofreram não deve ser entendida como um fato de uma história pessoal, mas como um acontecimento político que mostra as forças conservadoras que sustentam a política antidrogas. Essa ação judicial sofrida por essa secretaria municipal de saúde mostra a contradição da própria máquina estatal (PASSOS e SOUZA, 2011).

Em 1997, é fundada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA). A RD se estabelece no país, embasada no protagonismo dos usuários e no exercício da cidadania e do controle social das políticas públicas sobre drogas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

Podemos dizer que as associações de redução de danos são como nós de uma rede que consolidou um movimento social de grupos minoritários, dando passagem para uma gestão do comum baseada na diferença, articulando com outros movimentos sociais:

¹⁰ Os programas de baixa exigência “não exigem um comprometimento com a abstinência ou exame de drogas como pré-requisito para a admissão. Tudo o que pedem do dependente é a disposição em “aparecer” e (espera-se) iniciar um movimento na direção de reduzir os danos associados ao uso de drogas” (MARLATT, 1999, p. 32).

luta antiproibicionista, luta dos portadores de HIV, luta dos gays, travestis e profissionais do sexo e luta antimanicomial. A RD se coloca como uma luta que comunica e, sobretudo, cria um plano de comunicação entre lutas (PASSOS e SOUZA, 2011, p.160).

Mesmo com os incentivos¹¹ criados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental para a prática de ações de RD em CAPSad, não ocorreu uma adesão considerável que possibilitasse uma nova institucionalidade para a redução de danos (PASSOS e SOUZA, 2011).

O documento preconiza ainda que uma política de prevenção, tratamento e educação para o consumo de álcool e outras drogas necessariamente terá de ser construída coletivamente e de maneira intersetorial com outros Ministérios, organizações governamentais e não-governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada (BRASIL, 2003). Assim as práticas intersetoriais são imprescindíveis na construção de políticas públicas, já que apostam na superação da fragmentação dos saberes, a fim de que sejam capazes de produzir respostas mais significativas, levando-se em conta a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade dos problemas de saúde na atualidade.

Dessa maneira, as ações de saúde mental não podem mais ser pensadas fora da intersetorialidade, visto que propõem a superação da fragmentação, permitindo alcançar resultados que podem ser significativos no enfrentamento da situação problemática.

A política preconiza ainda o princípio da integralidade, sendo que o olhar para o usuário deve contemplar todos os aspectos da sua vida e não apenas seu aspecto clínico e também a prevenção para facilitar processos que levem à redução do início no consumo, além de reduzir a frequência e a intensidade do uso (BRASIL, 2003).

Enfim, a Política de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas deve proporcionar tratamento na atenção primária, além de garantir o acesso a medicamentos, deve envolver comunidades/famílias/usuários, fornecer educação em saúde para a população, formar recursos humanos e dar apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos (BRASIL, 2003).

Nos próximos itens, apresentam-se as redes de atenção à saúde.

3.2 Redes de Atenção à Saúde

O Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011), traz uma definição de Redes de Atenção à Saúde¹² como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de

¹¹ Portaria n 1.059/GM de 4 de julho de 2005, destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas- CAPSad.

¹² A proposta de organização em redes de atenção à saúde foi incorporada à legislação do SUS pelo Decreto 7.508/2011. (MENDES, 2013)

complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (item VI, art 2º).

Para Mendes (2008, p.06).

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada – e com responsabilidades sanitária e econômica por essa população.

A partir dessa definição, as redes de atenção à saúde têm missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; não existe hierarquia entre os diferentes componentes (redes poliárquicas), e todos os pontos de atenção à saúde apresentam o mesmo grau de importância e se relacionam horizontalmente, visando à atenção integral; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna de forma eficiente, ofertando serviços seguros e efetivos e, ainda, têm responsabilidades sanitárias e econômicas com a população (MENDES, 2008).

As redes de atenção à saúde são constituídas pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde disponíveis em um determinado território geográfico. Tais serviços são como os nós de uma rede, composta pela unidade básica de saúde, hospital geral, centro de atenção psicossocial álcool e drogas etc. Mas, para se construir uma rede, não basta apenas ofertar serviços em um mesmo território geográfico. É preciso assegurar que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços para que se construam processos de atenção e gestão mais eficientes, contribuindo para a integralidade da atenção. É necessário que ocorra a interação entre os serviços e, destes, com outros movimentos e políticas sociais (BRASIL, 2009).

Para formar essa rede, os mais variados recursos são necessários, envolvendo os afetivos, familiares, serviços de saúde, moradia, escola, esporte, econômico, cultural, religioso e de lazer (BRASIL, 2004).

Dessa forma, a “[...]situação de saúde não poderá ser respondida, adequadamente, por um sistema de atenção totalmente fragmentado[...]” (MENDES, 2011, p.18). Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são hegemônicos, organizando-se por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados, em que a atenção primária à saúde não se comunica com a atenção secundária, e esses dois níveis também não se comunicam com a

atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoios e logísticos e, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população (MENDES, 2011).

Nos sistemas fragmentados de atenção à saúde, vigora a visão de uma estrutura hierárquica, determinada pelo grau de complexidade tecnológica dos serviços. Essa concepção de sistema hierarquizado vige no SUS, em que há atenção básica, atenção de média e de alta complexidade. Tal visão expõe sérios problemas, já que se fundamenta num conceito de complexidade equivocado ao estabelecer que a atenção primária à saúde é lugar para atendimento de problemas de saúde de menor complexidade do que a atenção nos níveis secundário e terciário (MENDES, 2011).

Cecílio (1997) apresenta uma proposta no sentido de reinventar a organização dos serviços de saúde sob a ótica de articulação da rede. Ele traz uma reflexão sobre o sistema como uma pirâmide, que representaria a possibilidade do atendimento, de forma que haveria um fluxo hierarquizado de pacientes dentro do sistema, efetivado pelos mecanismos de referência e contrarreferência, de maneira que as necessidades de assistência das pessoas fossem trabalhadas nos espaços apropriados.

Contrapondo-se a essa forma de organização piramidal, o autor discute o modelo assistencial pensado como um círculo, em que não há a hierarquização, mas a possibilidade de o sistema ser acessado por múltiplas portas em que a unidade básica é uma boa entrada para o sistema, assim como também o são os prontos-socorros hospitalares, a escola e tantos outros serviços. “Por esta concepção, o que importa mais é a garantia de acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde” (CECÍLIO, 1997, p.477).

O estabelecimento de redes piramidais e hierarquizadas de serviços de saúde não responde aos desejos e necessidades de um território e quem mais sofre com isso é a população, pois o modo de organização do SUS faz mais sentido para os técnicos e gerentes do sistema do que para população que precisa acessar os serviços de saúde. Dessa maneira, o sistema de saúde pensado como um círculo, tira o hospital do ‘topo’, e recoloca a relação dos serviços de maneira horizontal, pois todo e qualquer serviço de saúde é espaço de alta densidade tecnológica, que deve estar a serviço dos usuários (CECÍLIO, 1997).

Pensar a rede de atenção como um escalonamento de níveis de atenção faz com que se reforce o poder dos especialistas e, conseqüentemente, o empobrecimento da atenção básica. É preciso superar o conceito da rede como pirâmide, com sua base e sua cúpula. Desse modo, na rede, a complexidade não tem endereço definido, nem hierarquia de importância estável ou permanente, entre os que fazem parte da rede (RIGH, 2010).

O apoio matricial também constitui estratégia potente para relativizar a rígida hierarquização vigente nos sistemas de saúde e valorizar serviços, como as diversas unidades de saúde da rede básica e como um novo desenho da rede de atenção, aumentando a potencialidade para dialogar com outros setores e proporcionando uma atuação menos fragmentada (RIGH, 2005).

O apoio matricial em saúde objetiva a oferta de suporte assistencial e técnico pedagógico pelo especialista a outros profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, utilizando o conceito de núcleo e de campo, de tal modo que um especialista com determinado núcleo apoie especialistas com outro núcleo de formação para contribuir com a ampliação da resolutividade de sua atuação (CUNHA e CAMPOS, 2011).

Já Teixeira (2003) entende a rede não enquanto conjunto de serviços, mas através dos processos comunicacionais e de trabalho. Para o autor o funcionamento dessa rede depende do acolhimento e da recepção do usuário no serviço, compreendido como espaço de investigação, elaboração e negociação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas. Porém essa atividade não se restringe ao momento formal da recepção e também não se reduz com o primeiro contato do usuário com o serviço, mas se estende por todos os encontros assistenciais de um usuário pelo serviço.

3.3 Redes de Atenção à Saúde para o usuário de álcool e outras drogas.

Em fevereiro de 2002, foi publicada a Portaria GM 336, que elabora as diretrizes de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial e institui os CAPSad para pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004). No ano de 2004, a Portaria 2.197 redefine e amplia a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no SUS, estabelecendo, como principais componentes da rede de atendimento: a Atenção Básica (AB), os CAPSad, os Ambulatórios e outras unidades hospitalares especializadas, a Atenção Hospitalar de Referência e a Rede de Suporte Social, complementar à Rede disponibilizada pelo SUS e composta por associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil.

Em 2009, a Portaria 1.190, de 04 de junho, institui o “Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD 2009-2010) com prioridade aos 100 maiores municípios, com população superior a 250.000 habitantes, às capitais, e a 7(sete) Municípios de fronteira. O PEAD trouxe propostas como a implantação de

casas de passagem/moradias para acolhimento transitório e os Consultórios de Rua¹³ na rede de atendimento (BRASIL, 2009).

Os direcionamentos atuais da Política de Saúde Mental para os CAPS estabelecem que essas instituições deverão assumir um papel estratégico na articulação das redes, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, além de se articularem com outras redes, como escolas, empresas, organizações sociais etc. (BRASIL, 2004).

O que se percebe, porém, é que os CAPS aparecem como realidades distantes dos serviços de atenção básica. Não existindo a comunicação entre os serviços, não se conhecem as equipes presentes no território, tampouco há possibilidade de realização de trabalhos articulados. Assim, os CAPS, que deveriam assumir um papel estratégico na organização da rede, acabam centralizando a demanda e adentrando, de maneira muito tímida, nos territórios e na comunidade (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2008).

Observa-se que o CAPS e o CAPS ad ficam como ilhas, isolados dos outros serviços, tendo, como consequência, serviços sobrecarregados. Assim, tem-se a ideia de que os CAPS ad são os únicos responsáveis pelo atendimento do usuário de álcool e outras drogas, ocorrendo a centralização da demanda e a inexistência de uma rede de saúde. Segundo Barros (2003), devemos nos perguntar sobre a existência de uma rede, pois o que se tem vivido, na maioria das vezes, é uma inexistência de portas de saída. Os pacientes chegam, são atendidos e não há para onde encaminhá-los, ocorrendo uma permanência ilimitada de tempo dos usuários no interior dos serviços substitutivos. Ao que se tem visto funcionar não se pode chamar de rede e sim de um conjunto de pontos, ligados frágil e burocraticamente.

¹³ Consultório de Rua (CR) constitui importante dispositivo público componente da rede de atenção substitutiva em saúde mental, voltadas para o consumo prejudicial de álcool e outras drogas por pessoas em situação de rua, sendo que a sua característica mais importante é oferecer cuidados no próprio espaço da rua, consistindo em uma modalidade de atendimento extramuros dirigida aos usuários de drogas que vivem em condições de maior vulnerabilidade social e distanciados da rede de serviços de saúde e intersetorial. Os cuidados são realizados por uma equipe multiprofissional, sendo profissionais da saúde mental, da atenção básica e assistência social. (BRASIL, 2010). Com a portarias 122 e 123 sua denominação foi alterada para Consultório na Rua

CAPÍTULO 4

A PESQUISA

4.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa foi denominada *Caminhos de uma rede: O percurso do usuário de álcool e de outras drogas*, pois buscamos mapear o percurso do usuário de álcool e de outras drogas na rede de atenção à saúde. Pensando nessa dinâmica, a metodologia escolhida foi itinerário-narrativa.

A escolha pelo itinerário terapêutico aconteceu por ele apresentar uma proposta viável que permite visualizar como os usuários de álcool e outras drogas constroem seus caminhos na escolha do cuidado. Assim, esse itinerário terapêutico apresenta-se também como um dispositivo importante para analisar e identificar as redes que os usuários constroem e as lacunas da rede de atenção à saúde.

Utilizamos, também, a narrativa de gestores e trabalhadores da saúde. O cotejamento dessas diferentes perspectivas, permite que saberes e vivências sejam compartilhados, possibilitando a compreensão dos fenômenos psicossociais.

A opção por este percurso metodológico justifica-se, pois os dados coletados, a partir de diferentes técnicas, sejam elas entrevistas, questionários e grupos focais, mostram maneiras de narrar (dos participantes da pesquisa e do próprio pesquisador ao expor os dados de sua análise e suas conclusões) conforme certa posição narrativa. A posição narrativa não pode ser separada das políticas que estão em jogo, sejam as políticas de saúde, políticas de subjetividade, políticas cognitivas. Convém ressaltar que o conceito de política implica um sentido ampliado, não estando restrito somente ao domínio específico das práticas relativas ao Estado (PASSOS e BARROS, 2009).

Nesse sentido, podemos pensar a política da narratividade como uma posição que tomamos quando, em relação ao mundo e a si mesmo, definimos uma forma de expressão do que se passa, do que acontece. Sendo assim, o conhecimento que exprimimos acerca de nós mesmos e do mundo não é apenas um problema teórico, mas um problema político (PASSOS e BARROS, 2009, p. 151).

Frente à situação do uso, os usuários tendem a iniciar um percurso em busca de resoluções para seu problema. Constroem, portanto, seu itinerário terapêutico, conceito que pode ser compreendido como “[...] um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição. No curso dessas ações, evidentemente, fazem-se presentes interesses, emoções e atitudes circunstanciais [...]” (ALVES e SOUZA, 1999, p.133).

Os estudos sobre o itinerário terapêutico têm como finalidade interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam, aceitam e abandonam determinadas formas de tratamento. Essa problemática baseia-se na evidência de que os indivíduos encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde (ALVES e SOUZA, 1999).

Alves e Souza (1999) apontam que a análise do itinerário terapêutico não pode ser reduzida ao estudo sobre a disponibilidade de serviços, a seus modelos explicativos e à utilização que as pessoas fazem das agências de cura, já que são elementos insuficientes para entender o complexo processo de escolha.

Os primeiros estudos sobre os itinerários terapêuticos têm sua origem localizada na concepção, criada por Mechanic e Volkart (1960), de comportamento do enfermo, ou *illness behaviour*. (MÂNGIA e MURAMOTO, 2008). Essa teoria pressupõe que a escolha feita é realizada racionalmente pelo indivíduo e orientada para a satisfação de suas necessidades, baseada em uma avaliação de custo-benefício (ALVES e SOUZA, 1999).

O modelo proposto por Mechanic e Volkart permaneceu como referência para vários estudos desenvolvidos, mas também foi alvo de críticas por parte de vários teóricos. Já uma segunda vertente sobre *illness behaviour* buscou investigar a determinação de valores socioculturais nas respostas aos problemas de saúde, identificando as diferenças de variáveis, como classes sociais, faixas etárias e etnias, que determinam a utilização dos serviços de saúde (ALVES e SOUZA, 1999; ALVES, 2006).

“Embora sigam orientações diferenciadas, ambas as concepções partilham de algumas premissas em comum”. (ALVES, 2006, p.1549) Segundo McKinlay (1972) e Dingwall (1976) apud Alves (2006), a maior parte desses estudos sobre *illness behaviour* estão voltados principalmente para explicar fatores de baixa ou alta utilização dos serviços médicos e usualmente analisam indivíduos que estão em tratamento médico profissional e aqueles que já tenham finalizado o tratamento e, conseqüentemente, já tomaram a decisão de seguir determinada modalidade terapêutica, não levando em consideração como as decisões foram tomadas e quais as diferentes possibilidades de ação adotadas antes da consulta ou tratamento médico. Esses estudos consideram, também, o modelo biomédico como o único existente para entender os conceitos de doença e processos terapêuticos, não levando em consideração o conhecimento leigo utilizado pelo indivíduo no momento de escolha do tratamento.

As diversas considerações críticas relacionadas aos estudos tradicionais sobre *illness behaviour* têm colaborado, para importantes reformulações teórico-metodológicas relacionadas à questão do itinerário terapêutico. Com as contribuições dos trabalhos etnográficos,

desenvolvidos a partir da década de 70, a análise sobre itinerário terapêutico passa a dirigir sua atenção para os aspectos cognitivos e interativos envolvidos no processo de escolha e tratamento da saúde. Esse tipo de análise foi fortemente influenciada pelos estudos sobre redes sociais e boa parte deles buscava a conexão existente entre procurar ou não determinado padrão de ajuda médica e o suporte social de que se dispunha (ALVES e SOUZA, 1999).

A análise dos itinerários terapêuticos dos usuários de álcool e outras drogas possibilita o conhecimento de quais são os sistemas formais e informais acessados pelos usuários na busca do cuidado. Esse percurso pode abranger estratégias de cuidados vindas dos familiares ou pessoas mais próximas do usuário, até as crenças religiosas e a ajuda dos profissionais.

A interpretação de um determinado processo de escolha terapêutica é realizada a partir das experiências que foram adquiridas ao longo de uma trajetória biográfica singular e também determinada pelo contexto sociocultural, em que se que compartilha com outros um estoque de crenças e de receitas práticas para lidar com o mundo. As ações dos sujeitos são construídas em um mundo sociocultural cuja estrutura deriva de um processo histórico, distinto para cada cultura e sociedade, tratando-se de um mundo pré-construído e pré-organizado, no qual os indivíduos nascem e desenvolvem seus próprios trajetos. As instituições, os recursos materiais, os sistemas de signos e símbolos, entre outros, são alguns dos elementos com os quais os sujeitos se relacionam. Mas reconhecer a existência de estruturas sociais não implica dizer que elas sejam determinantes da ação humana, pois os indivíduos criam modos singulares de existência no mundo a que pertencem (ALVES e SOUZA, 1999).

Para esse autor, o itinerário terapêutico constitui um curso de ações que se sucedem e se sobrepõem, não sendo necessariamente produto de um plano esquematizado e pré-determinado. É durante sua realização, no curso dessas ações, que o indivíduo passa a interpretar a situação e a olhar para as suas experiências passadas de acordo com o seu conhecimento presente, com o objetivo de dar sentido às ações realizadas. No momento da escolha e na tomada de decisão sobre determinado tratamento, o que se tem é uma imagem criada em torno do que pode ser sua opção. Assim, cada ato de escolha está relacionado ao que o sujeito antecipa a respeito do que vai ser ou como deve ser tal tratamento.

4.2 Características do município e o formato da sua rede de atenção à saúde

Trata-se de um município localizado na região Centro-Oeste Paulista, com uma população aproximada de 229 mil habitantes (IBGE, 2013). A atividade econômica

predominante é composta pelo setor alimentício, metalúrgico, construção, têxtil, gráfico e plástico.

Em relação aos índices socioeconômicos, a incidência de pobreza na população do município é de 18,77% e o índice de GINI (utilizado para calcular a desigualdade de distribuição de renda) é de 0,43% (IBGE, 2003).

O município possui uma rede de saúde composta por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad), um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e um ambulatório de saúde mental (BRASIL, 2014).

Em relação a atenção hospitalar, há seis hospitais, sendo cinco Hospitais Gerais e um Hospital Psiquiátrico e seis Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência (SAMU) (BRASIL, 2014).

Possui também dois Pronto Atendimento (PA), uma policlínica, doze Unidades Básicas de Saúde (UBS), trinta e quatro Unidades de Saúde da Família (USF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Atendimento à obesidade infantil, uma Unidade de Vigilância Sanitária e uma Unidade de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2014).

Os serviços de média e alta complexidade estão localizados no município sob gestão municipal e estadual, em serviços vinculados à Faculdade de Medicina do município, serviços próprios do Estado e serviços filantrópicos (SANTOS, 2011).

No município há quatro núcleos apoio à saúde da família (NASF) que se configuram como equipes multiprofissionais, atuando de forma integrada com as equipes de Saúde da Família. O primeiro NASF no município foi implantado há aproximadamente quatro anos.

Os NASF foram criados em 2008 pelo Ministério da Saúde e atualmente são regulamentadas pela portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Em 2012, pela portaria 3.124, foi criada uma terceira modalidade, o NASF 3, para que qualquer município no Brasil tenha a possibilidade de implantar o NASF, desde que tenha, ao menos, uma equipe de Saúde da Família.

Os NASF fazem parte da atenção básica e não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais [...] devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de

prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc. (BRASIL, 2011).

O município também conta com uma enfermaria de psiquiatria no Hospital das Clínicas III, sendo referência de atendimento para os 62 municípios integrantes da Direção Regional de Saúde, com capacidade para 18 leitos de internação, sendo a média de ocupação de quinze pacientes por dia, e a média de permanência hospitalar, de dezesseis dias. Recebe preferencialmente sujeitos em primeiro surto ou sujeitos com quaisquer transtornos psiquiátricos em sua apresentação aguda que requeiram reajuste na medicação, exceto pacientes com dependência química sem comorbidades psiquiátricas (OLIVEIRA, 2012).

A secretaria Municipal da Saúde regula as vagas de internação do Hospital Psiquiátrico, destinadas aos usuários de álcool e outras drogas e sujeitos com transtornos psiquiátricos. Já as vagas da enfermaria de psiquiatria são reguladas internamente pelo próprio Hospital.

4.3 Antecedentes do atendimento em saúde mental no município

O Hospital Psiquiátrico do município foi inaugurado em 18 de julho de 1948. Vale ressaltar que, na época em que se fundou o hospital psiquiátrico, existiam poucos hospitais no estado de São Paulo destinados ao tratamento dos doentes mentais. Somente existiam além do antigo “Juquery”, hoje “Franco da Rocha”, a “Casa de Saúde Allan Kardec”, na cidade de Franca e o “Mariano Dias”, na cidade de Barretos, em vias de formação. Assim, os doentes de poucos recursos, quando violentos, eram retidos nas cadeias públicas, até conseguirem lugar no Juquery (LARA, 1991).

Aproximadamente, no final de 1966, foi instalado o departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria na recém formada Faculdade de Medicina do município. A coordenação do departamento era orientada pelas concepções psicanalíticas. Nesse período, começa um trabalho de formação em parceria com a colaboração de membros da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo e dos médicos que trabalhavam no Hospital Psiquiátrico.

No início da década de 70, foi estabelecido um convênio com a Secretaria da Saúde do Estado São Paulo. Tal convênio implicava a integração de todos os recursos comunitários privados, municipais, estaduais e federais na área de saúde mental. Nesse período, formou-se um novo órgão, o Centro Integrado de Saúde Mental do Município, por meio de convênio com a Organização Mundial de Saúde e Ministério da Saúde, englobando os seguintes setores: (COLUCCI et al, 1974).

- 1- Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria: responsável pela formação de médicos e paramédicos na área de saúde mental, além de suas funções docentes e pesquisas relacionadas à comunidade
- 2- Hospital Psiquiátrico do município: assumiu o compromisso de implantar serviços psiquiátricos, assistenciais e institucionais do mais alto padrão e transformar-se em Hospital Escola Regional de Psiquiatria.
- 3- O Estado, a Comunidade e o Centro de Saúde, eram representados pelo chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina do município, ligado à Diretoria do Centro integrado de Saúde Mental (COLUCCI et al, 1974).

Com a criação do hospital psiquiátrico comunitário em regime de hospital-escola e de um corpo clínico com formação psicanalítica, a faculdade de Medicina do município, em convênio com o hospital psiquiátrico do município, começou, em 1973, a oferecer Residência em Psiquiatria (MATTOS et al, 1975).

Também eram ofertados estágios para alunos de psicologia e serviço social. Em um convênio com a Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Assis, foram oferecidos estágios aos alunos do quarto e quinto ano de Psicologia com o objetivo de formar psicólogos para trabalhar num hospital em regime de Comunidade Terapêutica e para atuar na comunidade em nível preventivo. O estágio de Serviço Social era oferecido para os alunos da Faculdade do Serviço Social de Lins e Bauru, tendo como objetivo a formação de pessoal nos níveis de prevenção primária com atuação na comunidade; secundária, referente ao atendimento ambulatorial e terciária, referente à reabilitação (MATTOS et al, 1975).

Nessa época, o hospital psiquiátrico contava com 300 leitos e aqueles que eram internados na instituição iniciavam seu tratamento participando de grupos operativos, das atividades internas, além de fazerem uso de medicação. As atividades no Hospital eram estruturadas sob forma de Comissões Internas e Comissões Externas (DAOU et al, 1974).

As comissões de atividades externas eram realizadas em uma área do Hospital. Delas participavam pacientes de ambos os sexos dos quais se exigiam maior elaboração e responsabilidade, dando-lhes maior possibilidade de reintegração e ressocialização. Ofereciam-se várias atividades, desenvolvidas pelas comissões de esportes, imprensa, passeios, agricultura, artes, festa e de trabalhos manuais. Já as comissões de atividades internas exerciam seu trabalho dentro da respectiva ala e compreendiam as atividades para pacientes em início de tratamento e que ainda não apresentavam condições de frequentar a área externa (FREITAS e NETTO, 1974; DAOU et al, 1974).

Nessa época, o município contava com dois ambulatórios ligados à faculdade de medicina do município e ao hospital psiquiátrico. Quando o paciente seria desligado do hospital, este era preparado gradativamente, pois, a partir do primeiro final de semana que o paciente passava no lar com seus familiares, a sua alta começava a ser trabalhada no grupo operativo enquanto o serviço social trabalhava com a família. Assim, o primeiro retorno ambulatorial era marcado com um intervalo de 7 a 10 dias após a alta até que o paciente passasse a vir a cada 30 dias (DAOU, 1974).

a saída do paciente de um ambiente onde é sumamente protegido, e que nossa grande preocupação é não causar hospitalismo, para enfrentar um mundo com maiores dificuldades, causa geralmente grande impacto e o nível de angústia se eleva; esta angústia muitas vezes se torna responsável por um reinternamento e, prevendo esta situação nosso trabalho continua com o paciente fora do hospital (DAOU, 1974, p.19).

Em um levantamento, realizado entre setembro de 1972 a setembro de 1973, verificou-se que ocorreu o internamento de 1842 pacientes do sexo masculino e, desse total, 132 eram alcoolistas. Criou-se, então, um grupo aberto de acompanhamento a pacientes alcoolistas após a alta do hospital psiquiátrico. O grupo era constituído pelos pacientes, suas esposas e profissionais, como assistente social, psicóloga e médico psiquiatra. As reuniões aconteciam uma vez por semana com duração de uma hora em local definido (FERREIRA et al, 1974).

Dessa maneira, o desenvolvimento das atividades de saúde mental no município conjugava as atividades intra- e extra-hospitalares por meio de equipes interdisciplinares para a realização de trabalhos também na comunidade (MATTOS et al, 1975).

4.4 Local do Estudo

A pesquisa de campo foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPSad), em um Hospital Psiquiátrico, em uma Unidade Básica de Saúde e na Direção Regional de Saúde de um município de grande porte no Estado de São Paulo.

O Hospital Psiquiátrico foi fundado em 1948. Atualmente, são disponibilizadas pelo SUS aproximadamente 59 vagas para os usuários de álcool e outras drogas com idade igual ou superior a 18 anos, sendo 47 vagas para os usuários do sexo masculino e de 10 a 12 vagas para as usuárias do sexo feminino. Os usuários de álcool e outras drogas são internados em uma ala específica do Hospital Psiquiátrico, destinada somente para dependentes químicos do sexo masculino, enquanto as usuárias de álcool e outras drogas são internadas na mesma ala que recebe as pacientes com transtornos psicóticos.

A instituição também atende a adolescentes do sexo masculino, usuários de álcool e outras drogas. São disponibilizadas aproximadamente vinte vagas pelo SUS, e o tempo de internação varia entre três e seis meses.

Os usuários da rede pública de saúde que procuram o Hospital Psiquiátrico para tratamento são orientados a se dirigirem ao Hospital das Clínicas do Município (HC). A internação no Hospital Psiquiátrico só pode ser realizada quando o usuário de álcool e outras drogas já passou por atendimento no HC e retorna ao Hospital Psiquiátrico com a guia de encaminhamento. As internações também podem ser realizadas por ordem judicial.

O tempo de internação desses usuários de álcool e outras drogas é de trinta dias. Esse período pode ser prorrogado por mais um tempo, quando solicitado pelo usuário, ou por uma avaliação da equipe. Geralmente as internações não são prorrogadas, devido à demanda existente para essas vagas.

O centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad) existe, na rede de atenção à saúde do município, desde 2003. Os atendimentos são feitos entre 8 e 17 horas, de segunda a sexta-feira, com teto para cinquenta pacientes/dia. Os tipos de tratamento são intensivo (segunda a sexta), semi-intensivo (três vezes por semana) e não intensivo (três vezes ao mês).

Para ser atendido no CAPSad pode-se procurar diretamente esse serviço ou ser encaminhado por qualquer serviço de saúde. No CAPSad atende-se a usuários a partir dos 12 anos de idade, desde que, ao chegar ao serviço, esteja o menor acompanhado do responsável, seja o pai ou a mãe, o tutor ou cuidador.

As atividades desenvolvidas no CAPSad são direcionadas tanto para os adultos quanto para os adolescentes. Atualmente o CAPSad desenvolve grupos direcionados para adolescentes com idade entre 12 anos a 17 anos e 11 meses, e cujas atividades acontecem quinzenalmente. Em média, são sete participantes por grupo. A instituição decidiu realizar dois grupos (A e B), visto haver demanda suficiente e os grupos menores têm-se mostrado mais produtivos para aqueles que deles participam.

Quanto aos adultos, a proposta é que, no primeiro mês, o usuário participe do intensivo todos os dias. Cada usuário tem seu profissional de referência e o projeto terapêutico. Depois desse primeiro mês, a equipe avalia o tratamento desse paciente, podendo ficar mais um ou dois meses no intensivo, levando-se em conta as condições clínicas, a idade e a necessidade desses pacientes. A partir do terceiro mês, geralmente, o usuário pode começar a frequentar o CAPS duas, três vezes por semana e, a partir do quarto mês uma, vez por semana, de acordo com a avaliação feita pela equipe.

Na Unidade Básica de Saúde atende-se à demanda espontânea e referenciada. Os usuários de álcool e outras drogas da rede pública de saúde que procuram esta Unidade Básica de Saúde são geralmente encaminhados para o CAPSad ou, quando o usuário está em surto, ele é encaminhado para o HC.

A Direção regional de Saúde (DRS) compreende 62 municípios, atualmente agrupados em 5 microrregiões de Saúde, segundo o Decreto DOE nº 51.433, de 28 de dezembro de 2006. A DRS é responsável por contribuir para a qualidade de vida da população das respectivas regiões, coordenar, articular, organizar e gerenciar o sistema de saúde locorregional (BRASIL, 2006).

4.5 Participantes do estudo, procedimento e instrumento de coleta de dados

Foram colaboradores dessa pesquisa dez participantes. Entre eles, três gestores, três trabalhadores da saúde e quatro usuários de álcool e outras drogas do serviço de saúde mental. As entrevistas foram realizadas com profissionais que tinham contato, em seu processo de trabalho, com a demanda de álcool e outras drogas para a compreensão dessa rede destinada à atenção desses usuários e, conseqüentemente, poderem desvelar quais os serviços e ações e/ou encaminhamentos são ofertados para essa demanda. Enquanto ao critério de inclusão dos usuários, foi estar participando de alguns serviços em que a pesquisa foi realizada.

A Tabela 1 apresenta a caracterização dos participantes, sendo os sujeitos distribuídos, e respectivamente codificados, no intuito de preservar suas identidades.

Tabela I. Caracterização dos participantes

Participantes	Sexo	Codificação
Gestor	Masculino	Caio
Gestor	Feminino	Sara
Gestor	Feminino	Ana
Trabalhador da saúde (Psicólogo)	Masculino	André
Trabalhador da saúde (Psicóloga)	Feminino	Lisa
Trabalhador da saúde (Psicóloga)	Feminino	Maísa
Usuário do serviço de saúde mental	Masculino	João
Usuário do serviço de saúde mental	Feminino	Mel

Usuário do serviço de saúde mental	Masculino	Nilo
Usuário do serviço de saúde mental	Masculino	Theo

A coleta de dados iniciou-se em outubro de 2013 e foi finalizada em março de 2014. Optou-se por escolher o Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad), como ponto inicial desse estudo, já que constitui-se atualmente um dos principais dispositivos na rede de atenção à saúde para o usuário de álcool e outras drogas. O percurso da pesquisa foi sendo desenhado, durante o fazer, pelo itinerário terapêutico dos usuários dos serviços de saúde mental e das informações que foram obtidas nas entrevistas com os gestores e trabalhadores da saúde. Foi, também, norteado para o Hospital Psiquiátrico, para uma Unidade Básica de Saúde e para a Direção Regional de Saúde.

Foram realizadas reuniões com trabalhadores, gestores e usuários das instituições, separadamente, em horários determinados para apresentar o projeto e o objetivo da pesquisa. Aqueles que manifestaram interesse em participar da pesquisa foram selecionados e instruídos sobre os aspectos éticos da pesquisa. Após a concordância, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram realizadas individualmente, em horário estabelecido pelo sujeito, ocorrendo em um ambiente reservado.

Aos participantes foi solicitado produzir narrativas de forma individual, utilizando para esse fim o roteiro de entrevista aberta¹⁴ como facilitador. As entrevistas foram gravadas com aprovação dos participantes. A duração mínima foi de 6 minutos e a máxima, de 59 minutos, sendo os participantes respectivamente codificados no intuito de preservar suas identidades.

Os dados apresentados são resultados de uma única entrevista que realizamos junto a cada participante, com exceção dos usuários de álcool e outras drogas do serviço de saúde mental que responderam a duas entrevistas. Voltamos à instituição depois de aproximadamente três meses da primeira entrevista e aqueles usuários que ainda estavam no serviço e concordaram com a proposta foram entrevistados novamente. E encontravam-se, ainda, em tratamento no serviço dois usuários e um terceiro havia abandonado o tratamento. Em relação ao quarto usuário entrevistado, não foi possível realizar a segunda entrevista, já que havia recebido alta do serviço dias depois da primeira entrevista.

4.6 Aspectos Éticos

¹⁴ Constará anexado.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Letras de Assis da Universidade Estadual Paulista- CEP/FCL/UNESP (Parecer n. 414.969).

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B) com a assinatura do participante da pesquisa. Uma cópia ficou arquivada com a pesquisadora e a outra foi fornecida ao participante para esclarecimento de possíveis dúvidas surgidas posteriormente.

CAPÍTULO 5

APRESENTAÇÃO DOS DADOS

5.1 Análise dos dados

Os itinerários terapêuticos foram construídos a partir do agrupamento de todas as entrevistas que realizamos com os usuários de álcool e outras drogas do serviço de saúde mental. Os dados gerados pelas entrevistas foram identificados, organizados e analisados.

Para a primeira etapa da análise, foi realizada a leitura do material produzido no decorrer da pesquisa, ou seja, as entrevistas. A seguir, o olhar do pesquisador foi dirigido para o percurso do usuário de álcool e outras drogas, para que se pudesse desenhar seu itinerário terapêutico. Assim, montou-se um quadro com informações de cada participante, descrevendo os serviços de saúde procurados, as ajudas recebidas por familiares, instituições religiosas, informações essenciais para contar e desenhar o itinerário de cada um.

Foi realizada, a partir das entrevistas com gestores e trabalhadores da saúde, uma análise das narrativas buscando a compreensão dessa rede destinada à atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Para isso, foram realizadas várias leituras do material, explorando nas narrativas o que fosse mais significativo para eleger a unidade temática: a rede, considerando o encaminhamento e a articulação entre os serviços.

5.2 Resultados e discussões

A seguir, são apresentados os Itinerários Terapêuticos (ITs) dos usuários de álcool e outras drogas dos serviços de saúde mental. Não se levou em consideração a temporalidade e, sim, as estratégias e os arranjos utilizados para a busca do cuidado. Ressalta-se que os dados aqui apresentados não esgotam tudo o que aconteceu no percurso pela busca do tratamento, porém ilustram o que foi mais significativo para os usuários e para a pesquisa.

Itinerário Terapêutico do João

João tem 30 anos, a profissão de chapeiro e de pizzaiolo, porém, no momento da entrevista, estava desempregado. Completou o ensino médio, é pai de uma filha e está separado da família.

Começou a consumir drogas aos 13 anos de idade, sendo as drogas de preferência cigarro, bebida, maconha e cola. Aos 14 anos começou a utilizar o crack, abandonando o consumo da maconha e cola, mas continuou a consumir bebidas e usar o cigarro.

A família descobriu que usava drogas, porque demorava para retornar para casa e, muitas vezes, voltava sem o tênis ou a camiseta porque os tinha trocado pela droga. Foi nesse período que, com o apoio da sua família, decidiram pela internação. Já foi internado por seis vezes. Sua primeira internação ocorreu aos quinze anos de idade em uma Comunidade Terapêutica, destinada para menores de idade, por um período de seis meses.

Eu comecei a ser internado logo que eu comecei a usar drogas eu comecei a ser internado. Fui internado no [na Comunidade terapêutica W] com 15 anos [...]Falei tô usando assim, assim eu preciso me internar né, preciso fazer um tratamento, aí foi onde que eu consegui, minha família correu atrás também consegui a clínica. Aí me internei, fiquei seis meses[...].

Em relação à sua primeira internação, ele explicita:

Foi muito bom pra mim. Foi assim. Questão de 15 anos atrás, mas eu lembro como se fosse hoje e das outras internações eu não consigo lembrar quase nada [...] porque foi assim, porque foi uma internação que eu vivi ela realmente, né. Eu por mais que eu tinha 15 anos, eu não tinha muita responsabilidade. É...sabia que as consequências não ia ser tão grande para mim. Eu tava no começo do uso.

Após sair da primeira internação procurou a igreja e começou a frequentá-la, ficando quase um ano sem usar drogas, porém tempos depois parou de frequentar a igreja, voltando a usar drogas, sendo internado novamente. Sua segunda internação aconteceu também em uma Comunidade Terapêutica, por um período de oito meses.

Nessa segunda vez, eu fiquei oito meses, porque aí surgiu até uma coisa de querer trabalhar nesse ramo. Não, falei, vou ficar oito meses agora, porque vou ficar os seis meses, mais dois meses de aprendizagem pra me tornar monitor ou auxiliar de alguma coisa. Acabei que eu fiz esses dois meses de curso lá dentro da clínica mesmo, mas não fiquei, decidir sair [...].

Após a saída dessa internação, começa a trabalhar, ficando períodos desempregado. As outras internações duraram um período menor, de aproximadamente dez dias, já que ele decidira deixar as instituições. Tais internações aconteceram em Comunidades Terapêuticas e Projetos realizados em chácaras.

Quando estava prestes a completar 18 anos foi internado novamente, só que dessa vez sua internação aconteceu em uma comunidade terapêutica destinada a adultos. E sobre essa experiência ele cita:

A parte dos de maior era um pouco ruim, assim, porque era um espaço muito pequeno. É dentro de um bairro. É praticamente assim, vamos dizer, o espaço de três casas só num terreno. E ali abrigava vinte, trinta pessoas, tá certo que todo mundo ficava bem alojado, tinha os quartos separadinho, tudo. Mas, assim, você não tinha espaço, só via muro, você não tinha contato com o mundo lá de fora.

Ficava sem consumir drogas por algum tempo, mas sempre recaía, ou até mesmo fazia o uso das drogas, sem que a família soubesse “[...] Tava tudo caminhando certinho. Assim, entre aspas, por que eu tava escondido, né, eu tava camuflado, fazendo coisa tudo escondido, mas controladamente, não estava descabelado e tal [...]”. Nesse período ele perde o emprego “[...] Acabei com o acerto, aí foi a hora que veio tudo à tona que eu recai mesmo, que aí fui internado de novo.”

[...] Fiquei dez dias internado, saí porque não aguentava mais viver nesse negócio de internar. Lá dentro, querendo ou não, é difícil ficar lá dentro, mas é fácil ficar sem usar droga lá dentro. Aqui fora que... O que adianta, eu fico seis meses lá dentro, lá não tem droga. Eu saio aqui fora, fico uma semana e começo a usar. Então eu tenho que aprender aqui fora.

Nesse período, ele começa frequentar novamente a igreja, ficando aproximadamente 1 ano e 6 meses sem utilizar as drogas, mas em seguida recomeça o uso. Nesse período, decidiu não se internar. “[...] Eu quero parar, mas vou parar do meu jeito [...] parar do meu jeito é porque eu sei onde que eu não posso ir. Eu sei quem que eu não posso conversar [...]”. E assim foi até o começo de 2013, em que usava as drogas alguns meses, tentava cessar o uso por algum tempo, contudo recaía. Também começou a fazer o curso de técnico de enfermagem, mas decidiu interrompê-lo, antes de concluí-lo.

[...] Eu comecei a fazer um curso de técnico de enfermagem. Então eu criei meio que uma ilusão na cabeça. Eu me vi no meio de pessoas que com vinte anos, eu tenho trinta, né, poh. Acho que eu posso de novo refazer minha vida, mas eu vou fazer do zero. Aí comecei a criar ilusão de eu era uma pessoa normal, que eu não era dependente do crack, que eu não precisava tá mais casado. E terminei com a minha esposa e foi indo, até uma hora que começou a surgir os problemas e eu não subi lidar. Então foi onde eu entrei de cabeça...[...].

Foi quando em 2013, ele decide sair de casa, retornando somente para buscar as roupas quando precisava e para dar notícias à família.

[...] Eu já tava num ponto que eu não tinha onde conseguir a droga. Eu comecei a trabalhar vendendo. Eu comecei a vender, comecei vender, vender e aí eu tinha droga à hora que eu queria.

[...] Entrei de cabeça, comecei a usar sem parar. E comecei assim 2, 3 dias eu ficava na favela e voltava na minha casa. E até uma hora que eu cheguei a ficar 10, 15 dias. Aí, eu falei assim: - Ah, agora eu não preciso mais voltar. Só vou voltar pra falar que eu estou vivo. Pego uma roupa e trago embora. E aí fui fazendo isso. Nessas vezes que eu voltava para minha casa era um conflito gigantesco que eu armava com a minha mãe, com meu pai. Eles não queriam que eu descesse de novo. Aí foi onde que eu cortei o meu pulso, e foi onde que eu até tentei ficar em casa, mas eu fiquei seis dias sem sair do quarto, depressão total, não comia, casa tudo fechada e minha mãe chorando [...].

Foi nesse período que ele decidiu se internar novamente. Sua última internação aconteceu no ano de 2013, em uma chácara, por um período aproximado de dez dias. Ele decide, então, sair da instituição.

[...] Mas cabe que eu fiquei dez dias lá, só. E eu falei assim, porque o que eu vi lá dentro. Aí eu falei assim. Eu ficava muito tempo ocioso lá dentro, não tinha o que fazer, porque a gente fazia muito rápido as coisas. Então ficava lá depois. Poh, eu posso ficar na minha casa desse jeito. Eu ajudo minha mãe. Eu fico o dia inteiro lá em casa, opto pelo meu tratamento. Coloco o meu tratamento em primeiro lugar, né. E toda noite, porque eu tava sentindo muita falta da minha filha, por que eu ia ver ela uma vez por mês só. E todo o dia eu ligo pra ela desde que eu separei [...].

Ao decidir sair da internação, logo procurou o CAPSad para tratamento. Já procurou o CAPSad em um outro período da sua vida, mas só ficou na instituição por aproximadamente 20 dias.

[...] Vou fazer o tratamento no CAPS. Vou fazer o meu período no CAPS, normal, de segunda a sexta. E eu tenho o privilégio de tá com a minha filha, de tá ligando pra ela. Fim de semana ela fica comigo, de sexta, sábado e domingo [...] Eu já passei pelo CAPS uma vez, eu esqueci de mencionar, só que eu não queria nada com nada, só tava passando o tempo mesmo, tava passando o tempo, tanto que fiquei, se fiquei vinte dias foi muito [...] Mas aqui tá sendo bom dessa vez. Os profissionais, assim, é bem atencioso. Mudou até da outra vez, que são outros profissionais, assim. Acho que antigamente era muito rígido[...].

Atualmente frequenta o CAPSad. No início, o tratamento era de segunda a sexta-feira, porém, no momento, frequenta o CAPS durante três dias por semana, por decisão da equipe. Também retornou recentemente para o grupo Narcóticos Anônimos, que já tinha frequentado havia oito meses.

Quanto à busca por serviços de saúde e se esses serviços o ajudaram a reduzir o consumo, ele explicita:

Bastante. Esses assim, tipo CAPS, a sala de Narcóticos Anônimos. Clínica¹⁵ sabe é uma opinião minha, por que a clínica ela tem o mundo dela lá dentro. Se entendeu? Lá eles fazem. Você sai de lá, é terrível a hora que você sai. Se fica até com medo porque se depara com o mundo totalmente conturbado, diferente. E não tem como você viver no padrão que você vivia lá. Não, você vai ser, tem que se adequar com o padrão que está aqui, com as suas limitações. E é a hora que você começa se perder. Você começa ficar meio desorientado. Então acaba levando uma recaída. É complicado [...].

Em situações de uso abusivo, procurava o Hospital para ser medicado. Já em relação à atenção básica, nunca procurou o serviço em decorrência do uso de drogas. Destaca a carência

¹⁵ O uso da palavra clínica se refere a lugares destinados para internação como comunidades terapêuticas e projetos realizados em chácaras.

de serviços no município, de vinte e quatro horas para o tratamento de álcool e outras drogas. Também enfatiza algumas realidades encontradas em alguns serviços.

[...] Eu acho assim que deveria. Eu acho legal se tivesse alguma coisa relacionada, assim, vinte quatro horas. É, algum serviço que disponibilizasse vinte quatro horas de atendimento, por que pra quem usa é difícil. Às vezes a pessoa, ela decide parar naquele momento. E aí, se você num teve é auxílio naquele momento. É, passa abatido [...] Então tem que ter serviço vinte e quatro horas preparado para isso, né. A hora que a pessoa decidir parar. Não, eu quero parar agora, por que já é um passo que a pessoa tá dando. E, às vezes, ela pode dar esse passo e não ter o serviço [...]. Por isso que geralmente quando a pessoa decide parar, todo mundo fala vai para a clínica, vai pra clínica por que você chega a qualquer hora [...] Mas hoje em dia tá difícil você conseguir até uma vaga, é uma luta aí. É tudo pago, então é difícil, por que o dependente já sugou tudo aquilo que ele podia sugar da família [...]. Aí se tivesse um grupo de apoio. Geralmente, eu já ouvi falar que tem igrejas que fazem isso. Tem igrejas que vão, que dão a cara mesmo, mas acho que eles não tão preparado. Tem que ter um lado profissional, né. Por que não é chegar e falar só o que o dependente que ouvir [...].

[...]O que eu acho que falta é os profissionais capacitados, né, que entendam, porque é só aqui que tem. Só aqui no CAPS. Em outro lugar que você vai não tem. No hospital, as pessoas não sabem lidar com isso. Se chega lá, você fala que você tá em crise, que você quer usar, a pessoa te amarra. Isso aí constrange, entendeu? Você tá indo lá buscar ajuda. Você não tá indo lá, se você quisesse ser amarrado, você não teria ido lá. Então é uma situação complicada. A pessoa não sabe lidar, fica chato, né, porque todo mundo vê. Às vezes você entra até meio com vergonha de ter algum conhecido. E de repente a pessoa deita você na maca, te dopa. A hora que você acorda, você tá amarrado. Então é uma situação bem triste [...].

Itinerário Terapêutico da Mel

Mel tem 54 anos, tem a profissão de auxiliar de enfermagem, mas, no momento da entrevista, estava afastada do serviço há aproximadamente um ano e meio, fez ensino médio completo, é casada. Iniciou o uso de drogas com aproximadamente 48 anos, sendo a droga de consumo o, crack.

Eu entrei nesse vício porque, na época, fazia uns anos atrás eu perdi meu filho de uma forma brusca, sabe, entendeu? No serviço mesmo que eu trabalhava. Foi um erro médico. Aí a minha vida perdeu o sentido, né. Entendeu? Foi aonde que apresentou o crack pra mim [...]. Foi uma coisa muita traumática. Tantos anos se passaram, eu não. Eu fiz terapia. Nossa! Fui muito bem acompanhada, mas nada resolveu. Hoje sim, hoje eu tô me encontrando [...] hoje eu sei que eu fui para um mundo que não me ajudou [...].

[...] No começo a gente tem o controle. Droga não é uma coisa ruim, ela é uma coisa boa. Falar pra você que a droga é uma coisa ruim é mentira, né. A droga não é. Se fosse ruim, porque o que é ruim você afasta logo né. Infelizmente ela não é, lógico. Tanto que eu batalho dia a dia para mim não voltar para ela. [...] Aí a gente sabe que aquela coisa, mesmo que uma coisa boa, que você tem, que seu organismo pede. A tal te dá aquela euforia boa. As causas que ela faz pra gente, o que ela faz, o que ela leva você, é terrível demais. O preço que você paga é muito alto. Ela é destruidora, ao

mesmo instante que ela te dá aquele prazer. Que no meu caso, quando eu conheci, por que que eu não parei? Eu tava numa depressão enorme que nada me ajudava, nem terapeuta, nem psiquiatra [...] nada me ajudou entender [...] eu encontrei o alívio na droga[...].

Decidiu procurar ajuda “[...] Por que aquela euforia boa já não era mais. Aquela coisa que já te começa a prejudicar na vida[...].” Com aproximadamente três anos de uso, recorreu à família para pedir ajuda, porque já estava com dificuldades na parte financeira, não conseguia mais fazer as atividades diárias, como fazia antes do uso e sentia que a sua vida estava direcionada cada vez mais em como conseguir a droga.

Eu comecei a pedir ajuda, né. Aí as primeiras ajuda minha foi assim minha família, foi pra família. Tipo, então vou cuidar de você, tirou o dinheiro, eu sem o dinheiro piora, piorou, por que aí, coisas que eu nunca consegui, que eu nunca tinha feito na minha vida, comecei a fazer, pegar as coisas da minha casa né e levar. Dei muitas coisas minhas de valor pro traficante. [...] Não perdi o apoio da minha família [...].

Sentia vontade de parar de usar droga, mas não sabia como. Então, deixou que a família a conduzisse. Nessa época, seus familiares sugeriram que ela comesse a frequentar a igreja. Então o marido a deixava na igreja e ia para o trabalho. Como a igreja era perto do ponto de drogas, diversas vezes, antes de iniciar o culto, ela comprava drogas, e assistia ao culto com as drogas no bolso. Relata que “[...] Eu e Deus é uma coisa assim: é uma coisa meia vaga [...]” e sentia que assistir ao culto não estava resolvendo. Ela também ficava na casa de parentes, como na casa da irmã, por alguns dias. Mas quando a família não estava por perto, ia atrás das drogas.

Eu deixei a família me conduzir, porque eu pedi ajuda. [...] Família então me leva na igreja, igual eu falei pra você. Quantas vezes eu assisti o culto com droga no bolso. Trancava. Eu sabia um jeito abria a casa e ia atrás. Ah tirava pra levar pra casa, foi as vezes que eu fiquei mais tempo sem, ficar uns dias fora, tipo na casa de uma irmã[...] Chegou um ponto que não, pelo amor de Deus, não aguento mais. [...] Aquilo de ajuda da família, aquilo com ajuda de igreja, aquilo com ajuda eu não queria mais[...] Eu quero uma clínica.

Começou a procurar lugares para se internar, mas teve muitas dificuldades em achar um local que realizasse a internação de mulheres. “[...] Pra mulher é horrível. O tratamento para mulher com dependência química é muito vago. É muito, nossa. Pode ser que melhora, porque tem que melhorar, porque pra mulher a ajuda tem muito pouco[...].” Então ficou sabendo de um lugar, que realizava o tratamento de dependentes químicos. Sobre essa experiência ela cita:

Aí nesse local, que poderia, que não pagaria nada, é tão difícil que a gente tem que começar a fazer umas entrevistas, tal. Daí aguardar vaga. Aí lá conhecer e volta, vai numa terça feira. Sabe, daí eu conheci gente que fazia dois meses que tava na fila. E sabe quando você quer ajuda e não quer para amanhã, você quer para hoje. Eu não queria para amanhã [...].

Então, com a ajuda da família e da sua enfermeira chefe, começou a pesquisar pela internet, hospitais e clínicas destinados para o tratamento da dependência química. Sua internação ocorreu em 2013, numa clínica particular involuntária, destinada para mulheres. A clínica localiza-se em outro município, distante aproximadamente 186 km. Nessa clínica, ela permaneceu durante cinco meses. Para ser internada nessa instituição, a pessoa precisa estar acompanhada de um responsável que assina um termo, e somente essa pessoa pode autorizar sua saída da clínica.

Era uma internação numa clínica involuntária, por que involuntária? Da hora que você chegou lá, tipo assim. Você vai. Eu vou com uma pessoa, que precisa ser responsável por mim, né. Se eu não tivesse marido, seria outra pessoa mas teria que ser responsável por mim. Teria que ser de maior, né [...] Aquela pessoa responsável assina o termo lá, é só ela que me tira, aconteça o que acontecer lá comigo. É só ela que me tira [...]. Você não tem ideia do que é uma clínica involuntária. Se você quiser saber melhor, tem até o que eu to indicando pro pessoal que eu li lá, o Casagrande, escreveu [...] Eu lendo assim, você se identificando o tempo todo. Olha que coisa, a gente, um adicto se identifica muito com o outro. Eu me identifiquei muito com o Casagrande, por que ele queria, mas quando chega lá, que vê que é tão assim, a gente quer sair, a gente não guenta. Eu não sabia. Eu no caso não era, porque a gente tem uma vida toda. A gente, porque às vezes quem vê a gente querendo vir embora não aguentando tudo, pensa que é a droga, droga, droga. No meu caso não, era meu marido, era minha..., sabe? A gente, eu imagino, eu fico imaginando, eu falo: Eu acho que eu tive presa, sabe preso, presidiário. Eu penso, acho que aqueles cinco meses eu tive. Hoje eu falo eu tive numa cadeia. Eu acho que aquilo é uma cadeia [...].

Quando a pessoa é internada nessa clínica, ela fica um mês sem ter visitas. As ligações telefônicas são liberadas depois de um mês e acontecem todos os sábados, porém as ligações são monitoradas.

[...] tem as partes boas e as partes ruins dessa clínica involuntária. Eu fiz o contrato de cinco meses, que não seriam os nove. Eu falei que eu renovaria, mas é tão exaustivo é tão cansativo é tão tudo, que você com três, quatro meses, já quer vir embora de qualquer jeito [...] Lá eles descobriram meu ponto fraco, o que me levou para droga. Eles trabalharam muito em cima, muito em cima. Eles descobriram que a minha parte religiosa é muito mal. Eles trabalharam em cima[...].

Um dos ensinamentos da clínica estava relacionado com os doze passos, utilizados nos grupos de Narcóticos Anônimos e Alcoólicos Anônimos. Sobre essa experiência ela explicita: “[...] Que ensina você a voltar viver, aprender uma nova maneira de viver. Hoje eu aprendi uma nova maneira de viver [...]”. Dentro da clínica ficou sabendo dos grupos de NA, tanto que a clínica lhe forneceu informações sobre os dias em que aconteciam as reuniões do grupo de NA, em que endereços se localizavam esses grupos. Então, quando saiu da internação, começou a frequentar o grupo de NA. Na ocasião, fazia alguns dias que não estava frequentando o grupo, porque, como os grupos funcionam à noite, não tinha quem a levasse à reunião. Atualmente frequenta o CAPSad e também começou a fazer curso de computação.

[...] CAPS é uma coisa que eu venho porque eu quero, ninguém vai tá me obrigando. Pra mim passar umas horas, não é o tempo todo, não vou estar aqui presa, por isso que eu vim, por minha conta mesmo [...].

Após sair da internação, teve uma recaída em relação ao uso de drogas.

[...] Com tudo isso que eu passei, com tudo isso que eu sabendo. A primeira vez que eu tive aqui fora, eu fiquei com R\$50,00 reais na mão. Eu tive uma recaída. Doeu[...] eu tive uma recaída feia [...].

Quanto à busca por serviços de saúde e se esses serviços a ajudaram a reduzir o consumo, ela explicita:

Com certeza. Se não fosse, eu não conseguiria. Se não fosse esses serviços eu não conseguiria, não conseguiria, porque eu já tinha tentado, antes de só eu por mim. Tentava, tentava, mas não conseguia. Não conseguia mesmo, porque eu não sabia trabalhar aquela compulsão[...] As ajudas é importantíssimo, demais, ajuda bem feita, tá. Ajuda bem direcionada[...] Se eu não tivesse sido internada [...] hoje eu taria bem acabada. Eu não taria essa hoje.

Destaca a falta de profissionais capacitados na rede de atenção à saúde e a insuficiência de serviços dirigidos ao dependente químico.

As formas que eles cobram, às vezes, que eles fazem com o dependente químico, é um perigo. Eles podem até não ajudando o dependente químico. [...]. Tá longe de tá bom. Tá me ajudando, tá, mas tá longe do ideal.

Itinerário Terapêutico do Nilo

Nilo tem 44 anos, é separado, pai de dois filhos, profissão fotógrafo, ensino médio completo. Iniciou o uso com 15 anos, utilizando a maconha, mas não utilizava a droga constantemente. Com aproximadamente 17 anos, começa a consumir bebidas, mas disse que “não gostava de destilado, tomava só uma cervejinha”. Com aproximadamente 23 anos, inicia o uso da cocaína, mas o uso não era tão agravante como aconteceu nos últimos anos em que começa a utilizar o crack. Morou três anos no exterior e nesse período ficou sem usar drogas. Quando retornou ao Brasil, após três meses começou a usar novamente.

Nesses trinta anos de uso, nunca recorreu a profissionais. Porém, nesse período de uso, já fez aproximadamente quatro tentativas para cessar o uso de drogas, mas sempre recaía. “[...]Das outras vezes que parei, foi sozinho [...]”.

Eu nunca tinha feito um tratamento. Trinta anos que eu já tinha conhecido a droga, que nem comecei com a maconha né [...] o que agravou mesmo meu problema com as drogas foi o crack; nos últimos 5 a 6 anos que eu conheci o crack. [...] Eu parei algumas vezes, mas nunca com medicamento, nunca com acompanhamento do profissional tal.

[...]Das outras vezes que eu consegui parar, eu não sabia se ta entendendo do álcool, né. Quer dizer, a gente sabia que ele enfraquece, que ele é uma ponte, que tomava duas, três latinhas de cerveja, duas, três cervejinhas ficava mais, como é que eu vou falar, ficava mais é mais vulnerável, né, pra usar a droga[...]. Assim, das outras vezes que eu tentei parar, eu não consegui [...].

Em 2013, decidi iniciar o tratamento, por influência da família, que sugeriu fosse acompanhado por profissionais.

[...] No começo quando eu conheci o crack, tal, eu fumava na rua, nos hotel, viajando tal. Aí teve um estágio que eu não estava conseguindo trabalhar mais, você entendeu? Aí eu comecei usar dentro de casa, aí complicou, você ta entendendo? Então, eu e minha família decidimos. Eles, né, viram a situação que eu estava, tal, acabando com tudo, por que a droga acaba com tudo. Aí eles, né, falou: você não quer fazer um tratamento[...] com acompanhamento profissional e tal, fazer a internação[...] Aí eu resolvi me internar. Cê entendeu? Não foi por ordem judicial nada, foi por vontade própria. Por que eu acho que o tratamento na verdade depende da pessoa, né. Pode fazer ordem judicial, que nem muitos amigos meus, já foram, fizeram o tratamento assim, mas depois que sai, se não quiser parar, não para né [...].

Ficou internado por trinta dias em um hospital psiquiátrico para tratamento da dependência química. Dentro do Hospital Psiquiátrico, conheceu os Alcoólicos Anônimos (AA), frequentando o AA por aproximadamente 2 meses. Porém preferiu parar de frequentar o AA e começou a frequentar o Narcóticos Anônimos (NA) há uma semana.

Também procurou a religião como recurso para cessar o uso de drogas. Evita sair para lugares que o levariam a usar drogas e sente que a família é essencial neste momento.

[...] O que me ajuda muito é a religião que eu sou da família espírita, tal. Então, procuro frequentar o Alan Kardec. Ali que vou lá tomar uns passes, inclusive foi o que me ajudou muito dentro do hospital também, todo dia de manhã administrava o passe e tal. E é isso minha família me dando muita força, meus filhos né que me ajudam muito também nessa parte e religião, sempre, né. Evitando sair para rua, porque, quando eu saía, eu saía para beber. Aí bebia, usava drogas. Então resolvi dar um tempo até me fortalecer, né. Então, tô evitando, sabe, sair pra rua. Assim, pra me divertir na verdade, até poder tá mais forte [...] E quando tem o trabalho[...] Trabalho também ocupa minha cabeça pra não pensar mais nisso.

[...] Eu tava sempre tomando um passe pra dar uma fortificada, mas a droga também sempre me afastou um pouco, sabe. Então, você só pedia socorro, a hora que você num tava aguentando mais. Então era aquele negócio, não era constante. Que nem eu tô me tratando agora, então você fica mais perto né, mais frequente. Mas eu gosto. Toda semana, pelo menos duas vezes por semana, tomar passe.

Logo após sair da internação, começou a frequentar o CAPSad. Já estava na instituição há aproximadamente três meses e retornaria ao trabalho em alguns dias, já que estava afastado neste período de tratamento. Sendo assim, não poderia frequentar o CAPS todos os dias.

[...] Na verdade eu vou vir quando eu estiver aqui. Porque o meu trabalho é viajar fotografando. Então, quando eu estiver fora, não vai dar para mim vir. Mas quando eu estiver aqui, eu vou continuar vindo que é uma vez por semana, que eles falam que é externo né. Você não participa mais do grupo. Você vem, faz um dia com outro médico, que ele te dá a receita pra o medicamento, pergunta como você tá. Se tá entendendo. Como tá seu tratamento, se você não teve recaída, tal. É uma continuação. E eu posso vim [...] um dia da semana com o grupo que é na sexta-feira, que é o grupo de final de semana [...] que eu realmente gostei do CAPS aqui. Sabe, é muito bom, foi muito bom pra mim, pro meu tratamento.

Quando voltamos à instituição fomos informados pelos profissionais que Nilo não frequentava mais o CAPSad. Havia interrompido o tratamento após aproximadamente três meses. O CAPS tentou entrar em contato com ele, via telefone, mas não o encontrou.

Itinerário Terapêutico do Theo

Theo tem 45 anos, é casado, pai de três filhos, estudou até a 5ª série, trabalha com construção civil. Iniciou o uso das drogas com 13 anos, consumindo bebidas alcoólicas, como cachaça, vinho, cerveja e jurubeba.

[...] É que eu perdi meu pai. Eu tinha treze anos. Com treze anos, naquele tempo podia registrar carteira normal. Comecei trabalhar então na usina e foi mais ou menos pela... Como que fala? se tá junto né com o pessoal bebendo tal. Eu lembro que, na época, foi batida de amendoim que eu tomei naquela época. Eu tomei um porre danado [...] Eu comecei bebê, muitas vezes eu misturava uma coisa né, mas era controlado, trabalhava, tudo. No decorrer dos anos que foi se agravando[...]. Às vezes eu procuro resposta na bebida que nunca encontro. Só bato a cabeça muitas vezes. Tô de frente com uma parede que não tem sentido algum. E até eu sempre pensei. Pessoal tem me ajudado, pessoal da igreja, tudo, mas essa sede se tornou maior do que eu, bem mais grande. E esse abismo tava ficando muito próximo [...] Muitas vezes assim eu bebia, por sede mesmo, não tinha controle de quando começava. E eu não via a hora que eu tava ficando ruim[...].

Começou a frequentar a igreja, por influência da família, e conseguiu ficar aproximadamente 1 mês e meio sem consumir bebidas.

Eu tentei parar assim, que nem fui conhecer uma vez, praticamente eu estava afastado, digamos afastado de Deus na época. Fui batizado na igreja católica e minha família começou, minhas filhas de berço já na igreja evangélica e eles chamavam eu pra ir e tal, mudar né, eu até consegui ir para igreja[...]

[...] Igreja não é um tratamento, é um tratamento espiritual, mas não é um tratamento terapêutico, que não entra em profundo. Então, foi naquele momento que eu devia ter

procurado os dois caminhos né. E minha mulher falava por que você não procura uma psicóloga, terapeuta. Mas então eu nunca procurei[...].

Em janeiro de 2014, ele decide sair de casa e ir para outra cidade “acabei dormindo embaixo de ponte, papelão”, porém decidiu retornar para sua casa, alguns meses depois.

Quando volta para casa, os familiares sugerem que ele procure um tratamento. Nunca procurou a atenção básica em decorrência do uso de drogas, porém os profissionais da instituição orientaram os familiares a procurarem o CAPSad. Como o irmão já tinha trabalhado no Hospital Psiquiátrico por seis anos, decidiram interná-lo nesta instituição.

Meu irmão, ele trabalhou de auxiliar de enfermagem aqui por seis anos. Ele sempre falava, mas nunca me forçou[...] Esse que foi primeiro. A escolha era minha, mas foi através deles que eu vim até aqui.

[...] Meu irmão que falou [...] que era mais fácil começar aqui por causa de desintoxicação e aí vai continuar lá fora. E aí você tem uma força a mais. Você já passou por aqui. Então é mais fácil [...].

Foi a primeira vez que procurou ajuda profissional, e estava internado no Hospital Psiquiátrico, há quase trinta dias. Nesse período de internação, conheceu o AA e pretende frequentar o grupo, após sair da internação. Escolheu o AA, por que a reunião ocorre no período da noite e seria possível frequentá-la e continuar trabalhando.

5.3 Refletindo sobre os itinerários

Pelo itinerário terapêutico dos usuários de álcool e outras drogas, fica evidente que as primeiras experiências envolvendo o uso de álcool e outras drogas acontecem de maneiras e por motivos diversos. Alguns sujeitos associam o início do uso a situações difíceis da vida, como a perda de um familiar e sentimento de tristeza e descobrem nas drogas um alívio para tal sentimento. O início do uso também pode estar associado a situações de lazer e ser estimulado por amigos e colegas de trabalho.

A frequência do uso vai aumentando gradativamente, até um estágio que os sujeitos começam a perceber que sua vida está cada vez mais direcionada para o uso e em como obter as drogas. Já não conseguem desenvolver as atividades cotidianas normalmente, como trabalhar, e as relações familiares começam a ser prejudicadas.

Em relação ao percurso dos usuários de álcool e outras drogas, apresentaram-se itinerários plurais, que contemplavam o cuidado informal dos familiares, a crença religiosa e os cuidados profissionais, não se restringindo somente às instituições de saúde mental. Observou-se que o cuidado iniciou-se no contexto em que os usuários vivem, com o cuidado informal dos familiares em que as primeiras decisões e ações foram realizadas. O itinerário terapêutico

também apontou que a busca por tratamento em saúde não passa pela atenção básica, mas sim pelo Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), hospitais gerais, internações em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, além da ajuda de grupos, como Alcoolicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA).

Os percursos em busca de cuidado não são apenas aqueles institucionalizados pelo SUS. O cuidado é buscado em diferentes lugares, como se pode evidenciar pelo itinerário terapêutico dos participantes deste estudo.

A procura pelos serviços públicos assim como pelo sistema privado de saúde deve se à demora em conseguir a vaga para o tratamento, o que pode levá-los a procurar serviços com desembolso financeiro pelo usuário. O percurso desses usuários não é linear. Em alguns momentos, há o predomínio do tratamento por parte dos profissionais; em outros, do sistema familiar e religioso. Muitas vezes o tratamento profissional é mantido paralelamente com os grupos de autoajuda e a busca por crenças religiosas, já que o recurso religioso não representa um impedimento ao uso dos serviços destinados ao tratamento do álcool e outras drogas.

A escolha pela religião pode não decorrer de um compromisso prévio, mas, sim, por acreditar nos poderes de cura das agências recomendadas por familiares e amigos (RABELO et al, 1999).

A busca por tratamento não tem como ponto de partida o CAPSad. A internação pode ser considerada a resposta mais conhecida e a primeira a ser procurada quando se pensa em serviços de saúde. Todos os participantes deste estudo passaram pela experiência da internação, alguns com internações de períodos mais curtos, aproximadamente trinta dias, enquanto outros passaram por internações que envolvia longos períodos, afastando-os do convívio familiar. As internações ocorreram em comunidades terapêuticas, hospitais psiquiátricos e outros projetos assistenciais filantrópicos.

De modo geral, os usuários destacaram a importância do tratamento próximo ao convívio dos seus familiares com a realização de ações no território em que vivem. “É preciso superar a ideia de que o confinamento, como prisão ou como tratamento, é ‘solução’ no terreno das drogas [...]”. (VARGAS, 2012, p.39). Assim, a internação, quando necessária, deve ser dentro da perspectiva da atenção psicossocial, mas não pode ser a única alternativa para o usuário de álcool e outras drogas, já que ela deve ser um ponto na rede que direciona a busca de cuidados para a continuidade do tratamento.

O itinerário terapêutico dos participantes deste estudo possibilitou a compreensão de que os caminhos trilhados por eles em busca do cuidado foram diversos. Além disso, apontaram quais as dificuldades encontradas na busca por serviços destinados ao uso de álcool e outras

drogas, como a insuficiência de serviços que atendam vinte e quatro horas, o despreparo de alguns profissionais, tratamentos que requerem longos períodos de afastamento do convívio social, entre outros.

A seguir, apresentam-se a unidade temática suscitada a partir das narrativas dos trabalhadores da saúde e gestores, procurando desenvolver o tema sob a luz da produção teórica atual, intercalando-a com os conteúdos das narrativas dos participantes deste estudo.

5.4 A rede, considerando o encaminhamento e a articulação entre os serviços

Pra mim, o que eu entendo, é a rede através do CAPS do AA, mas é algo que eles têm que buscar, né. Nós entendemos que, se eu der o encaminhamento para ele e ele não for, né. Não tem como eu cobrar isso dele. Então eu não sei. Às vezes eu tenho a impressão que falta alguma coisa nesse encaminhamento, sabe? Nesse direcionamento. Não sei se a gente pode trabalhar numa forma de direcionar. Olha esse paciente saiu de alta. Vocês podem. Tentar entrar em contato, mas a demanda é muito grande. Não temos perna para fazer isso também [...] Existe articulação se a gente quer entrar em contato com o CAPS, com o AA existe (MAÍSA, Trabalhador da saúde).

Pode-se observar, pelo trecho acima ressaltado, que a rede é compreendida enquanto existência de encaminhamento desses usuários. Dessa maneira, o acesso dos usuários ao serviço ocorre por encaminhamentos, o que pressupõe uma rede de serviços hierarquizada e organizada a partir de um sistema de referência e contrarreferência. A existência dessa lógica de funcionamento produz múltiplos atravessamentos, como o impedimento da articulação das ações de cuidado realizadas pelos diversos dispositivos (LUZIO, 2010).

Compreende-se que a forma pela qual os serviços se relacionam faz toda a diferença para que as responsabilidades não sejam definidas de uma forma burocrática, engessada e com pouca interação. Assim, o apoio matricial pode ser uma estratégia para melhorar o fluxo dessa rede, propiciando um espaço de trocas de experiências e saberes entre os seus profissionais. Quanto maior a interação entre os serviços, áreas e equipes, maiores as possibilidades de desenvolvimento de modos de trabalhar que causem maior impacto na vida desses usuários (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2008; BRASIL, 2009).

Sobre os encaminhamentos e qual a rede de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, destaca-se a inclusão dos grupos de autoajuda nessa rede como AA, o NA. Talvez isso queira indicar que a instituição deseja tornar disponível para os usuários de álcool e outras drogas um leque de opções de modelos de atenção aos usuários. Mas, também pode indicar uma aproximação com o modelo baseado na abstinência. Ainda hoje as práticas de saúde mental, baseiam-se na abstinência. Por exemplo, o programa Doze Passos foi desenvolvido pelos

grupos de autoajuda, e muitas vezes esses modelos são adaptados nas instituições de modo acrítico (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013).

[...]Então nos orientamos sobre o CAPS, sobre o AA, sobre o NA, sobre os grupos de autoajuda, né. Então, tanto o paciente, quanto a família, é orientado disso. Ele não sai daqui com um encaminhamento, mas ele sai daqui orientado a buscar[...] (MAÍSA, Trabalhador da saúde).

[...] O que eu vejo é que a gente tem o CAPS. Nós temos o CAPSad que funciona de segunda a sexta das 8 às 17. Nós temos os grupos de autoajuda que funcionam na parte da noite, que é Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos e Amor Exigente. De alcoólicos anônimos são seis grupos, um de NA e um de AE. Então são 8 grupos na parte da noite. Existe o Hospital das Clínicas, né, que dá o suporte também. Se a pessoa chega lá, pode até ser providenciado uma internação pra ele, né. Tem psiquiatra lá vinte e quatro horas por dia. Tem as unidades básicas de saúde, né. Que, quando necessário, como eu disse, eles fazem o encaminhamento pro CAPS, né. É basicamente isso, que eu me lembre agora. Então a gente considera isso uma rede. Onde qualquer pessoa chegando num lugar desse pode obter informações sobre o serviços existentes na cidade, né. Então eu vejo com muito bons olhos isso, né. Tanto é que a gente tenta encaminhar os pacientes daqui para os grupos de auto ajuda. Nos encaminhamos eles e orientamos para que eles, se sentindo fissura ou vontade de usar, estejam passando mal, algum momento existencial complicado, procure o Pronto Socorro [...] (ANDRÉ, Trabalhador da saúde).

No que tange aos limites e às potencialidades da rede destinada ao usuários de álcool e outras drogas no município, um dos gestores destaca a desinstitucionalização e a desospitalização como uma das potencialidades dessa rede. Outro gestor destaca que as ações acontecem de maneira isolada, além de haver resistência encontrada por parte dos equipamentos, quando existe necessidade de encaminhar o usuário de álcool e outras drogas.

[...] A potencialidade é que até hoje tem uma política, né, que é a rede de atenção psicossocial que investe nesses espaços, né, da questão até da desospitalização, da desinstitucionalização e de resgatar principalmente a questão da atenção básica. Então a gente tem hoje [...] o município com uma cobertura boa da atenção básica, tem os núcleos de apoio a estratégia de saúde da família. Então assim tem essa potencialidade pra tá explorando dentro do município pra tá fazendo essa, vamos supor o matriciamento, né. Hoje também o Ministério ele acaba investindo no agente comunitário e mais no auxiliar de enfermagem pra fazer esse acolhimento pra atender lá, entender o que tá no território [...] (ANA, Gestor).

Princípio que nós não temos uma rede estruturada. Então fica difícil eu responder essa pergunta pensando na lógica de rede. As ações são muito isoladas ainda, né. O município, a regional de saúde e a secretaria estão em movimento de criar uma rede, da gente estabelecer. Então não há um fluxo, né das pessoas. Olham, faça esse caminho, faça esse percurso, que a rede se dá. O que que a gente percebe de dificuldade. Toda vez que você precisa encaminhar um paciente nosso, dependente de algum tipo de droga pra qualquer outro serviço, né. Há uma resistência porque ele tem um diagnóstico de dependência, independente se ele está em abstinência ou não, né. Então, por exemplo: A pessoa tem um transtorno mental, eu preciso encaminhá-lo para um outro equipamento que trabalha com transtornos mentais, né, que o paciente fique algum período lá. Então há uma resistência muito grande por causa do histórico, mesmo que a gente coloque: olhe ele tá em abstinência, não tá usando, vai continuar

fazendo o acompanhamento aqui [...] Mas a rede em si não funciona na lógica de rede (CAIO, Gestor).

Ainda sobre a questão da rede, quanto à articulação existente entre os serviços, um dos profissionais destaca:

[...] Não há uma articulação boa entre esses serviços, poderia melhorar muito mais. É um serviço complementando o outro, né. O diálogo[...] (ANDRÉ, Trabalhador da saúde).

Muitas vezes essa demanda fica centrada somente em alguns equipamentos e outro importante desafio é quanto à construção da Rede de Atenção Psicossocial RAPS.

[...] Uma rede furada[...] Parece assim. Eles mandam pra nós e a gente tem que solucionar tudo. O CAPS é o responsável, tem que fazer tudo, né. [...] Tem um grupo de pessoas aqui no município, inclusive são os municípios que tá tentando formar uma rede de assistência psicossocial que é RAPS, mas isso tá muito no papel ainda, né. As unidades básicas junto com o CAPS, formar realmente uma rede, mas isso ainda não existe. Tá, não existe, tá muito no virtual, tá muito no conhecimento [...] Os serviços as UBS, USF não conhecem o CAPS, não sabem o que a gente faz (SARA, Gestor).

[...] Agora, como que esses serviços, eles estão se relacionando. É, eu percebo que está incipiente. Então, tá começando até através de um próprio grupo condutor de ver a rede de atenção psicossocial, a gente acaba buscando isso, né. Tá muito no começo, mas assim como que a gente vai fazer essa conversa, que a gente vê que assim você tem alguns pontos, mas como que isso tá se conversando. E como tá dando essa sequência, essa rede mesmo. A gente vê que ainda não tem nada muito efetivo. É bem assim alguma coisa começando aqui, outra ali, mas precisa ir amarrando, né (ANA, Gestor).

Em 2011, o Ministério da Saúde, pela Portaria nº 3088, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial - RAPS, no âmbito do SUS. Essa Rede é direcionada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de modo a ampliar o acesso da população e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território. Assim a RAPS é formada pelos seguintes componentes: Unidade Básica de Saúde, equipes de consultório na Rua, Centros de Convivência, Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades, atenção de urgência e emergência, Núcleos de apoio a saúde da família, entre outros.

Podemos constatar, pelo relato de dois gestores, a fragilidade da rede destinada às mulheres usuárias de álcool e outras drogas no município. Durante a coleta de dados, observa-se que, nos serviços destinados aos dependentes químicos, a grande maioria dos usuários que frequentam esses serviços é de usuários do sexo masculino.

[...] Bom, gênero feminino não tem onde internar, primeira coisa, tá. Clínica, comunidade terapêutica. Uma mulher hoje que queira internar-se para desintoxicar ou ela vai no [hospital psiquiátrico X], fica no hospital, ou ela tenta no [hospital

psiquiátrico y]. Não tem comunidade terapêutica pra mulher, não tem nenhum serviço que acolha mulher. Por exemplo tem a [fundação b][...] que acolhe moradores de rua, homens. Mulheres moradoras de rua não têm onde ficar. Atualmente tem o centro POP, que eu até esqueci de falar, que é um centro que acolhe moradores de rua [...] e lá as pessoas podem ficar tanto homens quanto mulheres, acho que já melhorou um pouco, por que não tinha nem onde ficar, né. Homens iam para o albergue, passavam a noite no albergue. De manhã falavam com a assistente social e eram encaminhados para a [fundação b], né. Agora, as mulheres não tinham onde ficar. Hoje já tem no centro POP, onde eles passam o dia e as pessoas que querem tratamento vêm para o CAPS e começam fazer tratamento [...] (SARA, Gestor).

[...] Nós temos muito poucos leitos para mulheres, né. Isso é no Brasil inteiro, né. Então, se você for procurar os hospitais e as clínicas que internam. Elas têm. A grande maioria dos leitos são para homens. Então, internação de mulheres, quando precisa, é difícil, né. Os tratamentos todos são direcionados para o universo masculino, né. O que é um problema também porque a mulher dependente ela tem outras características, de ser mãe, de ser dona de casa, de ter que cuidar de filhos. Um pouco diferente do dependente masculino homem, né. A mulher tem todo esse outro lado. E aí os programas deveriam ser, ou as abordagens deveriam ser, um pouco mais diferenciadas. Mas, predominantemente, ainda é o universo masculino, apesar de ter aumentado o número de mulheres, mas aqui no nosso serviço 95% que você atende em um ano é masculino[...] (CAIO, Gestor).

Uma outra questão que chama a atenção é que, na maioria das vezes, quem procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) são os familiares. E os casos são encaminhados para o CAPSad ou, em caso de crises, são encaminhados para o hospital geral. Deste modo, prevalece a lógica dos encaminhamentos e os CAPSad aparecem, como, praticamente, o único recurso para o tratamento a que se tem acesso.

Quando vem o encaminhamento pra cá, nós mandamos ou pra unidade de origem, pra que eles encaminhem pro CAPSad, de álcool e drogas, que é um trabalho especializado em álcool e drogas [...] Às vezes vem, sabe. Às vezes vem a mãe reclamar que o filho tá usando, que quer se tratar. Então a gente faz o encaminhamento se precisar, ou se passa pela médica. Os profissionais, os médicos, eles já sabem. Então já faz o encaminhamento. Aqui dificilmente aparece. Quando aparece é porque a mãe tá preocupada [...] É mais a família insiste em que o filho seja tratado, mas muitas vezes ele não está muito afim. Mas a mãe preocupada, insiste. Aí vem procurar ajuda aqui. Muitas vezes, eles não sabem aonde procurar[...] É encaminhado pro CAPSad [...] ou, se ta em surto, a gente manda pro HC que tem o atendimento de crise [...] (LISA, Trabalhador da saúde).

A Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, lançada em 2003, preconiza que a assistência prestada ao usuário de álcool e outras drogas seja baseada em dispositivos extra hospitalares de atenção psicossocial como o CAPS, devidamente articulado com a atenção primária e outros setores da sociedade (BRASIL, 2003). Vale ressaltar que o CAPSad é um dos componentes dessa rede, assim como também são a atenção básica, e as unidades hospitalares, que são fundamentais para o cuidado destinado aos usuários de álcool e outras drogas.

[...] O CAPs pode funcionar como agenciador das demandas em Saúde Mental, mas no qual, por outro lado, cada um dos atores sociais e serviços envolvidos na atenção se destacam, em determinado momento, de acordo com o andamento do Projeto terapêutico de cada usuário, tendo uma rede que permita o entrelaçamento das ações e relações. Uma rede pulsante e viva, que se movimenta para dar sustentação às necessidades dos usuários, que seja sem centralidade, porém suficiente para agenciar as demandas dos usuários, e se transformar em um suporte efetivo para as dificuldades que esses usuários possuem (FIGUEIREDO e ONOCKO CAMPOS, 2008, p.145).

Por outro lado, um dos gestores destaca a necessidade de capacitação da atenção básica.

[...]A atenção básica [...] precisa ser capacitada, né, para poder atender essas pessoas e poder acompanhar. Não atender na fase aguda, não atender pra fazer ficar em abstinência, mas pra manutenção de abstinência, das pessoas que saíram de internação, que passaram pelo CAPSad, poderiam se beneficiar muito com o retorno lá, aliviando os serviços que acaba acompanhado essas pessoas, às vezes por anos, que não haveria necessidade. Manteria um vínculo lá na unidade, próximo à residência, alguma coisa assim. Mas não há uma capacitação pra isso. Essa capacitação deveria começar pela própria equipe do CAPSad de poder ajudar, né, pra poder estabelecer um cronograma. Mas acho que isso tem que ser estabelecido junto com a área de saúde mental do município (CAIO, Gestor).

A atenção básica lida diariamente com uma enorme demanda de saúde mental, porém, na maioria dos casos, os profissionais se sentem despreparados para lidar com essa questão. (BEZERRA e DIMENSTEIN, 2008). Essa questão aparece na fala de um dos gestores que sente muitas vezes essa dificuldade entre os profissionais da atenção básica.

[...]O que eu percebo é que existe, não sei, não sei a palavra de, não é medo. Mas assim, como fazer esse atendimento, sendo que a gente sabe que não é simples. Tem toda uma questão de tratamento ai, né, de adquirir a confiança e tudo [...] Mas de repente ele acha que é tão assim específico trabalhar com alcoolista que ele acha melhor encaminhar. Então acho que o que falta, é você ter mesmo alguém que te apoie pra você dar sequência nesse tratamento [...] (ANA, Gestor).

Alguns autores têm destacado a importância do Apoio Matricial como dispositivo importante para a articulação da rede e aumentar o grau de resolutividade da Atenção Básica. Bezerra e Dimenstein (2008), em estudo realizado no município de Natal-RN, com os trabalhadores de saúde mental inseridos em CAPSII e CAPSad sobre a proposta de matriciamento da equipe do PSF, destacam que os entrevistados consideram o apoio matricial uma estratégia potente para interligar os diferentes dispositivos de atenção, melhorando o fluxo resolutivo da rede, além de excluir a lógica dos encaminhamentos, pela articulação e assessoramento da rede básica.

Entretanto a mudança da lógica do trabalho proposta pelo apoio matricial, não ocorre de maneira automática, tampouco é fácil de ser assumida pelas equipes. Assim, o que se destaca

é a importância de espaços coletivos para que a saúde e a saúde mental sejam interligadas e complementares (FIGUEIREDO e ONOCKO CAMPOS, 2008).

Pelos relatos dos gestores e trabalhadores da saúde, podem-se evidenciar algumas das fragilidades dessa rede destinada aos usuários de álcool e outras drogas: pouca articulação entre os serviços e as instituições que dispensam alguma forma de atenção ao usuário de álcool e outras drogas acabam atuando isoladamente; dificuldade de encaminhar o usuário que frequenta o CAPSad para outros serviços, ocorrendo dessa maneira a centralidade da demanda nos equipamentos, e, além disso, pensar a rede para o usuário de álcool e outras drogas somente por meio de serviços especializados, como o CAPSad e lugares destinados à internação. Quanto às potencialidades, pode-se constatar, na fala de alguns desses participantes, a necessidade de se pensar a RAPS e o apoio matricial para potencializar essa rede destinada aos usuários de álcool e outras drogas.

Considerações Finais

A intenção desta dissertação foi refletir sobre o itinerário terapêutico dos usuários de álcool e outras drogas na rede de atenção à saúde de um município de grande porte no estado de São Paulo e identificar quais os serviços que compõem essa rede, além de conhecer a percepção dos trabalhadores e gestores sobre a rede de atenção destinados aos usuários de álcool e outras drogas.

Como se pode notar, o uso de álcool e outras drogas, atinge tanto homens como mulheres por diversos motivos e circunstâncias, não se podendo reduzir o seu uso apenas à questão da dependência. Esse olhar torna-se importante para que não se limite o consumo apenas a questões biológicas e aos seus sintomas.

Os itinerários terapêuticos construídos e desvendados neste estudo permitem entender que os caminhos trilhados pelos participantes da pesquisa na busca do cuidado são diversos, não se restringindo apenas aos cuidados profissionais. Os primeiros cuidados iniciam-se no contexto em que o sujeito está inserido: família e familiares, que são influenciados pelo contexto cultural e pelas informações acerca dos tratamentos disponíveis aos usuários de álcool e outras drogas.

Podemos observar que a internação, que deveria ser utilizada apenas quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes, ainda tem sido utilizada como o primeiro recurso, quando se pensa em serviços de saúde, já que continua sendo amplamente divulgada como solução resolutiva para os problemas das drogas. Percebe-se ainda que aqueles que passaram por internações que envolviam longos períodos afastados do seu convívio social passam a valorizar a possibilidade do atendimento substitutivo à internação, no território que possibilite ficar próximo do convívio dos seus familiares.

Um outro aspecto revelado por este estudo é que a rede de serviços é pouco articulada e isso reflete diretamente no percurso desse usuário, visto que, muitas vezes, a demanda fica centralizada em poucos pontos dessa rede. As ações aos usuários de álcool e outras drogas são limitadas no espaço do CAPSad, internações e grupos de autoajuda.

Atualmente, a Política do Ministério da Saúde para atenção integral a Usuários de Álcool e outras drogas, prevê a redução de danos como um dos caminhos possíveis a esses usuários, mas na prática poucas são as mudanças, já que, muitas vezes, a única oferta a esses usuários são os serviços que visam a abstinência do consumo, e o tratamento eficaz é compreendido como aquele que consegue manter o usuário longe do uso das drogas. Dessa maneira, torna se comum o encaminhamento do usuário para grupos de autoajuda, além de

práticas de internação prolongada; e conseqüentemente essa rede acaba não absorvendo aquele usuário que não deseja a abstinência total.

As intervenções de saúde ainda são pautadas em modelos que patologizam o uso de drogas, reforçando o modelo de doença e cura. Para que mudanças possam ser efetivas, destaca-se a necessidade de olhar para outros aspectos da vida desses usuários, que não esteja somente centrado no uso de drogas como doença, e aos efeitos deste consumo no organismo. Para Quinderé (2013) Não se trata de negar que o consumo de drogas pode contribuir para o aparecimento de agravos à saúde, porém, o uso de álcool e outras drogas tem aspectos que ultrapassam o efeito farmacológico causado ao organismo, que precisa ser compreendido dentro de um contexto mais amplo, envolvendo os aspectos psicossociais e culturais.

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPSad) adquirem importância relevante no contexto das políticas públicas de saúde. Atualmente, constituem um dos principais serviços destinados aos usuários de álcool e outras drogas. É indubitável, porém, que a atenção nesse campo não se pode restringir somente a um serviço específico. O que se propõe é um conjunto de serviços que possam atuar de maneira articulada porque “a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território: implica colocarmos em questão como eles estão se relacionando” (BRASIL, 2009, p.13).

O CAPSad torna-se especialmente importante para a construção dessa rede, principalmente quando não é pensado apenas como um serviço, mas sim como uma estratégia¹⁶, como parte de uma rede de cuidados que acontece no território e que visa resgatar a subjetividade e a história desses sujeitos. Para que essa rede funcione, precisa haver a articulação entre os setores envolvidos na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e que se vise à construção de estratégias de cuidado compartilhado, auxiliando na resolubilidade da atenção.

Ao concluirmos esta pesquisa algumas questões foram levantadas, como as que acabamos de citar. Esperamos que esse resultado não seja um ponto final, mas possa contribuir para o debate no campo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, em especial na construção de redes de atenção à saúde a esses sujeitos.

¹⁶ Conforme conceito utilizado por Silvio Yasui (2010)

Referências¹⁷

- ADIALA, J. C. **Drogas, medicina e civilização na primeira república**. 2011. 184 f. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde/História das Ciências)-Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.
- ALVES, P. C. B. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1547-1554, 2006.
- ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 125-138.
- AMARANTE, P. D. C. (Org.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, P. D. C.; TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, 2001.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **DSM-IV: manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Tradução: Dayse Batista. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- ASSIS, J. T.; BARREIROS, G. B.; CONCEIÇÃO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 584-596, 2013.
- BARROS, R. B. Reforma psiquiátrica brasileira: resistências e capturas em tempos neoliberais. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (Org.). **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 196-206.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organizado por Paulo Amarante. Tradução: Joana Angélica d'Avila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, DF, v. 28, n. 3, p. 632-645, 2008.
- BRASIL. Decreto no. 51.433, de 28 de dezembro de 2006. Cria unidade na Coordenadoria de Regiões de Saúde, da Secretaria da Saúde, altera a denominação e dispõe sobre a reorganização das Direções Regionais de Saúde e dá providências correlatas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 2006. Disponível em: <<http://governo-sp.jusbrasil.com.br/legislacao/93006/decreto-51433-06>>. Acesso em: 2 jun. 2014.

¹⁷ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

BRASIL. Decreto no. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 5 jan. 2014.

BRASIL. 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. **Legislação em saúde mental 1990-2004**. 5. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. (Série E).

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Atenção integral na rede de saúde: modulo 5. VINADÉ, T. F.; CRUZ, M. S.; BARBEITO, M. M. **Conceito de redução de danos**. 5.ed. Brasília, DF, 2014. p.94-103.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País**. Rio de Janeiro, [2013]. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/>>. Acesso em: 12 dez. 2013b.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Rio de Janeiro, [2013]. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em: 12 dez. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Base de dados DATASUS**: Departamento de Informática do SUS. Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<http://www.tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de rua do SUS**. Rio de Janeiro: EPJN-FIOCRUZ; Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.059/ GM, de 4 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências.

Legislação em saúde mental 2004 a 2010. Ed XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Legislação em saúde mental 2004 a 2010.** Ed XII Colegiado de Coordenadores de Saude Mental. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 123**, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0123_25_01_2012.html>. Acesso em: 3 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2197/ GM, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Legislação em saúde mental 2004 a 2010.** Ed XII Colegiado de Coordenadores de Saúde Mental. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124**, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 12 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 122**, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 3 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 12 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.841**, de 20 de setembro de 2010. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – 24 horas - CAPS AD III. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2841_20_09_2010.html>. Acesso em: 10 set 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. **3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 17 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes de produção de saúde**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção**. Brasília, DF, 2007. Relatório de Gestão 2003-2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, DF, 2004.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CAMPOS, E. A. As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os alcoólicos anônimos. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1379-1384, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Efeito paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 19-31, 2006.

CARLINI, E. A. et al. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARNEIRO, H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Orgs.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005. p. 11-27.

CASTILHO, E. W. V. A eficácia invertida da internação involuntária. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e cidadania: em debate**. Brasília, DF, 2012. p. 35-37.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, 1997.

CHAVES, L. C. A. Grupos de auto-ajuda. In: PULCHERIO, G.; BICCA, C.; SILVA, F. A. (Orgs.). **Álcool, outras drogas, informação: o que cada profissional precisa saber**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 187-192.

COLUCCI, A. M. et al. Centro Integrado de Saúde Mental de Marília: relatório do ano de 1973. **Jornal de Psicologia Profunda Aplicada**, Marília, v. 3, p. 1-11, set. 1974.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para a atuação de psicólogos/os em políticas públicas de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília, DF, 2011.

COSTA, J. F. **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**. 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

COSTA-ROSA, A. **Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva**. São Paulo: Editora Unesp, 2013.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. **Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

COSTA-ROSA, A.; YASUI, S.; LUZIO, C. A. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 13-44.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DAOU, B. et al. Influências numa comunidade terapêutica com a introdução de novos elementos na equipe. **Jornal de Psicologia Profunda Aplicada**, Marília, v. 3, p.29-44, set. 1974.

DAOU, B. Psicoterapia hospitalar: ensaios num hospital que utiliza técnicas comunitárias. **Jornal de Psicologia Profunda Aplicada**, Marília, v. 3, p.12-21, set. 1974.

DE LEON, G. **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

DOMANICO, A. **Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nórias!:** estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. 2006. 220 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)- Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

DRUMMOND, M. C. C.; DRUMMOND FILHO, H. C. **Drogas: a busca de respostas**. São Paulo: Loyola, 2004.

ESCOHOTADO, A. **Las drogas: de los orígenes a la prohibición**. Madrid: Alianza Editorial, 1994.

FERREIRA, J. G. P. et al. Grupo de acompanhamento a pacientes alcoolistas após alta do HEM. **Jornal de Psicologia Profunda Aplicada**, Marília, v. 3, p.62-72, set. 1974.

FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde mental e atenção básica à saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 143-149, 2008.

FIORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Orgs.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005. p. 257-290.

FIORE, M. Algumas reflexões a respeito dos discursos médicos sobre uso de "drogas". In: REUNIÃO DA ANPOCS, 26., 2002, Caxambu. **Anais...** São Paulo: ANPOCS, 2002. p. 1-28. Disponível em: <http://www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=675>. Acesso em: 10 dez. 2013.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**: curso dado no College de France (1977-1978). Tradução: Eduardo Brandao; revisão da tradução: Claudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREITAS, A. P.; FIOD NETTO, J. Introdução e funcionamento de duas atividades num hospital dinâmico. **Jornal de Psicologia Profunda Aplicada**, Marília, v. 3, p.22-28, set. 1974.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução: Dante Moreira Leite; revisão: Antenor Celestino de Souza. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GUARINELLO, N.L. O vinho: uma droga mediterrânea. In: LABATE, B. C. et al. (Orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EdUFBA, 2008. p. 189-197.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa da população, 2013**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 2 jun. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Mapa de pobreza e desigualdade**: municípios brasileiros, 2003. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm>. Acesso em: 1 out. 2014.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Tradução: Lúcia de Andrade Figueira Bello. Petrópolis: Vozes, 1972.

KAPPANN, J. I. **Consumo de drogas**: uma comparação entre dois levantamentos com estudantes da rede pública de ensino na cidade de Assis, São Paulo, em 2000 e 2010. 2011. 132 f. Tese (Doutorado em Psicologia/Psicologia e Sociedade)-Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

KARAM, M. L. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: LABATE, B. C. et al. (Orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: Edufba, 2008. p. 105-120.

KARAM, M. L. Direitos humanos, laço social e drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**. Brasília, DF, 2013. p. 33-51.

KINOSHITA, R. T. Em nome da proteção do cuidado que formas de sofrimento e exclusão temos produzido?. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**. Brasília, DF, 2013. p. 21-24.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. Tradução: Beatriz Vianna Boeira e Nelson Boeira. São Paulo: Perspectiva, 2011.

LANCETTI, A. Desmistificação da existência de epidemia de álcool e outras drogas e medidas higienistas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e cidadania: em debate**. Brasília, DF, 2012. p. 29-33.

LANCETTI, A. O equívoco das internações involuntárias em São Paulo. **Revista Brasileiros**, São Paulo, 8 jan. 2013. Política. Disponível em: <<http://brasileiros.com.br/2013/01/o-equivoco-das-internacoes-involuntarias-em-sao-paulo/>>. Acesso em: 12 mar. 2014.

LANCETTI, A. Subjetividades drogadas. **Cadernos de Subjetividade**, São Paulo, v. 10, n. 15, p. 37-43, 2013.

LARA, P. C. **Marília, sua terra, sua gente**. Marília: Iguatemy de Comunicações, 1991.

LOECK, J. F. Narcóticos anônimos: um estudo sobre estigma e ritualidade. In: REUNIÕES BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 25., 2006, Goiânia. **Anais...** Brasília, DF: ABA, 2006. Seção de Comunicações Coordenadas. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/jardel/jardel_01.pdf>. Acesso em: 8 de mar.2014.

LUZIO, C. A. **Atenção psicossocial: reflexões sobre o cuidado em Saúde Mental no Brasil**. 2010. 190 f. Tese (Livre-Docência)-Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2010.

MÂNGIA, E. F; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, 2008.

MARLATT, G. A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Tradução: Daniel Bueno. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MATTOS, A. L. et al. Uma experiência em formação de pessoal. **Jornal de Psicologia Profunda Aplicada**, Marília, v. 4, p. 1-9, set. 1975.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4, p. 3-9, 2008.

MERHY, E. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e cidadania: em debate**. Brasília, DF, 2012. p. 9-18.

MESQUITA, F. C. Aids e drogas injetáveis. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde loucura**. São Paulo: Hucitec, 1991. v. 3, p. 47-53.

NAPPO, S. A. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação à DST/AIDS**. São Paulo: CEBRID, 2004.

OLIVEIRA, M. V. População de rua e consumo de drogas: vulnerabilidades associadas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**. Brasília, DF, 2013. p. 84-98.

OLIVEIRA, R. M. **Dependência de tabaco na esquizofrenia, sua relação com indicadores clínicos e o sentido para o usuário**. 2012. 206 f. Dissertação (Mestrado em Ciências/Enfermagem Psiquiátrica)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 150-171.

PINSKY, I.; EL JUNDI, S. A. R. J. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 4, p. 362-374, 2008.

QUINDERÉ, P. H. D. **A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica: dispositivos para o cuidado integral do usuário**. 2013. 232 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

RABELO, M. C. M; ALVES, P. C. B; SOUZA, I. M. A. Signos, significados e práticas relativos a doença mental. In: _____. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 43-73.

RIGH, L. B. Produção de redes de atenção à saúde: acordos, confrontos e reparos. In: PASCHE, D. F.; CRUZ, I. B. M. (Orgs.). **A saúde coletiva: diálogos contemporâneos**. Ijuí: UNIJUÍ, 2005.

RIGH, L.B. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Cadernos HumanizaSUS: atenção básica**. Brasília, DF, 2010. v. 2, p. 59-74.

RODRIGUES, T. Narcotráfico: um esboço histórico. In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Orgs.). **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda; Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2005.p.291-310.

RODRIGUES, T. Política das drogas e a lógica de danos. **Revista Verve**, São Paulo, n. 3, p. 257-277, 2003.

RODRIGUES, T. Tráfico, guerra, proibição. In: LABATE, B. C. et al.(Orgs.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EdUFBA, 2008. p.91-104.

ROLNIK, S. Toxicômanos de identidade: subjetividade em tempo de globalização. In: LINS, D. (Org.). **Cultura e subjetividade: saberes nômades**. Campinas: Papirus, 1997. p. 19-24. Disponível em: <http://caosmose.net/suelyrolnik/pdf/viciados_em_identidade.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2014.

SANTOS, L. A. **Planejamento participativo e intercessão-pesquisa como dispositivos de participação e emancipação do trabalho e do Trabalhador na saúde mental coletiva**. 2011. 95 f. Tese (Doutorado em Psicologia/Psicologia e Sociedade)-Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2011.

SCADUTO, A. A. **O tratamento de dependentes de substâncias psicoativas numa comunidade terapêutica: estudo através da avaliação psicológica**. 2010. 170 f. Dissertação (Mestrado em Ciências/Psicologia)-Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SILVA, R. Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**. Brasília, DF, 2013. p. 60-72.

SILVEIRA, D. X. Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, direitos humanos e laço social**. Brasília, DF, 2013. p. 84-98.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p. 89-111.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. **Convencções**. Disponível em: <<http://www.unodc.org>>. Acesso em: 14 out. 2013.

VARGAS, B. Eliminação versus redução. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e cidadania: em debate**. Brasília, DF, 2012. p. 39-42.

VARGAS, E. V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, B. C. et al.(Orgs.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EdUFBA, 2008. p. 41-64.

WOODY, G. E; CRITS-CHRISTOPH. Terapia individual para transtornos por abusos de substâncias. In: GABBARD, G. O. **Tratamento dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 292-300.

YASUI, S. **Rupturas e encontros desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. 2006. 208 f. Tese (Doutorado em Ciências/Saúde)-Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

Categorias Temáticas

ANEXO A

Gestores Municipais

- **Serviços e Equipamentos** – Narrativa acerca dos serviços e equipamentos oferecidos aos usuários de álcool e outras drogas no Município, objetivo desses serviços, qual o fluxo entre eles.
- **Profissionais** – Descrição dos profissionais que atuam nesses equipamentos e serviços
- **Avanços e Dificuldades** – Narrativas acerca dos limites e as potencialidades da Rede destinada aos Usuários de Álcool e outras drogas no Município

ANEXO B

Trabalhadores da Saúde

- **Trajetória Profissional** – Narrativas em torno do ingresso nesse serviço, referência às experiências profissionais na saúde, particularmente na atenção aos usuários de álcool e outras drogas
- **Demanda** - Demanda de usuários de álcool e outras drogas; atende-se a estes usuários ou se encaminham para outros serviços e equipamentos. Caso estes usuários sejam encaminhados, para onde são encaminhados?
- **Rede de Atenção à Saúde** – Descrição dos serviços e equipamentos que se conhecem para o tratamento de álcool e outras drogas; articulação entre esses serviços.

ANEXO C

Usuários do serviço de saúde mental

- **Consumo de Álcool e outras Drogas** - Narrativa sobre o consumo de drogas (início do consumo, substância consumida).
- **Serviços e Equipamentos** – Relatos de serviços e equipamentos que se conhecem para o tratamento de álcool e outras drogas. Já utilizou algum desses serviços? Esses serviços contribuem para reduzir o consumo de álcool e outras drogas?
- **Trajetória** – Narrativa acerca do percurso na rede de atenção à saúde